FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

e Série

278

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M. Adrien BRUYÈRE

Né le 5 Septembre 1885, a Terrenoire (Loire)

DE LA TUBERCULOSE PSEUDONÉOPLASIQUE OU TUBERCULOME DES SYNOVIALES TENDINEUSES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président : M. LETULLE, Professeur.

LILLE

Imprimerie H. MOREL, rue Nationale, 77

—

1912

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (André).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Le souvenir de leur labeur, de leur probité et de leur bonté restera le guide de toute ma carrière.

—

A Mon Oncle le Chanoine POURRAT

Je suis heureux de lui dédier ce modeste travail en témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance ; qu'il y voie du moins le couronnement de ses judicieux conseils et de sa tendre sollicitude.

—

A Mon Cousin Adrien MASSARDIER

Son amitié a été pour moi un puissant réconfort et je lui dois d'avoir goûté la si douce quiétude d'un foyer accueillant et d'un cœur fraternel.

—

A TOUS MES PARENTS

Merci pour leur dévouement, leur exquise délicatesse, qui se sont ingéniés à remplacer la famille si tôt disparue.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

et particulièrement à ceux qui m'inculquèrent les notions de clinique : soit chirurgicale, MM. les professeurs FAUCON, DURET, membre associé de l'Académie de Médecine; *soit médicale, MM. les professeurs* DESPLATS, VOUTERS, *et le regretté professeur* DERVILLE ; *soit obstétricale, M. le professeur* DELASSUS.

—

A MES CAMARADES

A mes amis BOURGEAT, CLAIR, CAYLA, MAYNIER : *mes meilleurs vœux de succès et de bonheur. Ce n'est pas sans regret que je dis adieu à ces années d'études où une joyeuse insouciance voisine avec l'enthousiasme le plus ardent pour les nobles causes, où l'on ne respire qu'une atmosphère de santé, de vigueur, de gaîté, toujours fraîche, toujours sereine, où le soir, comme l'a dit Veuillot, on se demande : « Qu'est-ce qui m'attend d'heureux demain? »*

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

L'autorité de leur enseignement, la richesse de leurs cliniques, constituent un admirable complément à la formation si fructueuse reçue à Lille.

—

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien agréer l'expression de ma gratitude pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse et pour la complaisance avec laquelle il m'a ouvert toutes grandes les portes de son laboratoire. Un sujet où domine l'anatomie pathologique ne pouvait être placé sous de meilleurs auspices.

AVANT-PROPOS

Le 28 février 1912, le professeur Faucon, notre maître en médecine opératoire, extirpait deux petites tumeurs de la paume de la main chez une malade de 78 ans, et réséquait en même temps le segment de tendon auquel elles adhéraient intimement. Le diagnostic, orienté d'abord vers un kyste téno synovial, avait été infirmé par le résultat négatif d'une ponction exploratrice, et s'était finalement arrêté sur un néoplasme des gaines : fibrome ou myélome.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de tuberculose. Nos recherches bibliographiques, en nous révélant que c'était là une forme isolée tout récemment, assez rare et encore peu connue, devaient nous fournir trois observations très complètes qui constituent une mine riche en documents. Nous ne pouvions mieux choisir.

Que tous ceux qui ont contribué à l'édification de notre thèse nous permettent de leur exprimer nos remerciements les plus sincères : le professeur *V. Faucon* pour nous avoir si aimablement fait l'abandon d'une pièce aussi intéressante ; son neveu, le docteur *E. Faucon* pour nous avoir communiqué l'histoire clinique de la malade ; le docteur *D. Augier* pour les recherches bactériologiques ; notre camarade *Maurice Dekester*

à qui nous adressons en même temps nos plus vives félicitations pour ses dessins où la fidélité le dispute à la difficulté.

Nous devons un hommage tout particulier au professeur *G. Augier* qui nous a fourni l'étude anatomo-pathologique de notre observation ; nous garderons toujours le souvenir de son enseignement si clair, si précis et si clinique, à la Faculté et au service des enfants de l'Hôpital Saint-Antoine de Padoue.

PLAN DU SUJET

I. — HISTORIQUE.

II. — OBSERVATIONS.

Forgue et Massabuau, Donati, Ugo Camera, Personnelle.

III. — ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE.

V. — AFFECTIONS VOISINES.

Tuberculome et myélome.

Tuberculome et dactylite syphilitique a forme de tumeur des gaines.

VI. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

I. — HISTORIQUE

Jusqu'en 1858, les synovites tendineuses chroniques se présentant avec les apparences de tumeur encéphaloïde, étaient considérées comme des dégénérescences sarcomateuses. Chassaignac (*Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1852, p. 185) a rapporté le cas d'un jeune homme de 17 ans, entré à l'Hôpital Saint-Antoine pour deux tumeurs développées à la face palmaire, l'une du doigt indicateur, l'autre du médius : la description qu'il en donne rappelle à s'y méprendre l'affection que nous allons étudier et cependant le diagnostic du célèbre chirurgien fut celui de cancer des tendons.

La thèse de Bidard, 1858, inspirée par Verneuil, isola définitivement la synovite fongueuse des néoplasies proprement dites. Mais tout en faisant un tableau clinique et macroscopique assez complet, l'auteur réserva la nature des lésions, ne relatant qu'un examen histologique celui fait par Robin, à propos de sa première observation : les fongosités avaient paru à Robin constituées par du tissu fibroplastique.

Dès lors, Debove, Lancereaux, Coyne et Labbé établirent l'analogie de ce fungus avec celui des arthrites tuberculeuses : Cazanou (Thèse de Paris 1866) alla même jusqu'à parler de « tumeur blanche des gaines synoviales tendineuses ». Les recherches de Trélat,

Lannelongue, Terrier et Verchère, Bouilly confirmèrent ces données, et la thèse de Chandelux (Thèse d'aggrégation 1883) est un vaste travail d'ensemble qui montra l'identité de ces localisations diverses de la tuberculose.

On le voit, l'histoire des synovites suit avec un léger retard celle de la tuberculose articulaire : les notions nouvelles sont acquises à propos de cette dernière, et appliquées ensuite aux gaines tendineuses.

C'est dans le traité de la tuberculose des os et des articulations de Kœnig, en 1885, que nous trouvons signalée pour la première fois une forme particulière bien circonscrite, à surface lisse, constituée par du tissu fibreux, ayant en un mot l'aspect d'un « fibrome tuberculeux ». Kœnig lui donna le nom de tuberculose noueuse circonscrite ou tubéreuse.

L'année suivante, Socin (*in Correspondenzblatt fûr Schwei Aetze*, avril 1886), reprenait la question que Coudray implanta en France dans un mémoire au Congrès français de chirurgie 1892. Depuis, les exemples se sont multipliés et ont donné à cette affection une individualité bien marquée. Bert l'a retrouvée sur la bourse séreuse sous-rotulienne profonde et n'hésite pas non plus à parler de fibrome tuberculeux tant les apparences sont tout d'abord en faveur d'une tumeur.

L'important travail de Garré, 1891, sur la tuberculose primitive des gaines tendineuses, met bien en relief des formes de passage entre l'hygroma à grains riziformes et la synovite fongueuse : de plus il fait connaître une synovite hyperplasique proliférante fibreuse

qu'il appelle tubéreuse, mais il ne s'agit là que de fongosités à forme et à évolution un peu spéciales.

Il faut arriver à la publication de Forgue et Massabuau, en 1909, pour trouver une observation typique, indiscutable, de localisation sur les gaines de la tuberculose noueuse circonscrite, pseudonéoplasique. Donati en 1910, Ugo Camera en 1912 apportent deux nouveaux cas. Le nôtre est donc le quatrième du genre : son exposé nous sera une occasion de faire une étude d'ensemble de cette affection, et nous allons nous efforcer d'en dégager aussi nettement que possible le cadre clinique et anatomopathologique.

Notons que les pseudo tumeurs des tendons constituent une bien minime part des synovites en général. Pour être rares, elles n'en présentent pas moins un très grand intérêt, car à leur sujet se pose la question si actuelle et si importante des rapports des tumeurs proprement dites avec l'inflammation, notamment la tuberculose, et il se rencontre que certaines tumeurs tendineuses, les myélomes, offrent les plus curieuses analogies avec la forme pseudonéoplasique de la tuberculose des gaines.

II. — OBSERVATIONS

Cas de Forgue et Massabuau

Histoire clinique. — Une femme de 40 ans, domestique dans une famille où sont des tuberculeux ouverts, qui toussent et crachent, se pique avec un couteau de table, au niveau de la gaine carpienne du fléchisseur du pouce et voit apparaître, au lieu même de la piqûre, une petite nodosité grosse comme un pois, qui reste stationnaire : c'est la lésion d'inoculation.

Puis, c'est la partie antibrachiale de la gaine interne de la même main qui devient le siège d'une tuméfaction progressive, gênant les mouvements de flexion de la main et provoquant quelques douleurs spontanées. Cette lésion évolue lentement. Quand la malade entre dans notre service, c'est une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule aplati, parallèle à l'axe des tendons, dont elle masque le relief, descendant jusqu'au pli de flexion inférieur du poignet, remontant à trois travers de doigts au-dessus. Cette tumeur nous frappe par sa consistance ferme, dure, par quelques lobulations irrégulières de sa surface, par sa non communication avec la portion palmaire de la gaine en bissac, par l'absence de toute crépitation, de tout point fluctuant, par l'adhérence intime avec le paquet tendineux.

Diagnostic. — Quelle était sa nature ? Tuberculose ou néoplasme ? Voilà les deux éventualités que nous avons discutées.

Ce n'était évidemment pas une tuberculose du type classique, synovite à grains ou synovite fongueuse. La dureté de la tumeur était une objection à cette hypothèse ; et bien que théoriquement on puisse admettre, comme possible, l'induration d'une synovite

à grains très abondants, très tassés, à sec, et sans liquide, dans une paroi anormalement épaissie, ou d'une synovite fongueuse à évolution particulièrement scléreuse, nous jugions exceptionnel que cette condensation pût aller jusqu'à la dureté homogène de cette tumeur antibrachiale.

Donc, tout en réservant la possibilité d'une forme, anormalement densifiée par formation fibreuse, de tuberculose de la gaine interne, limitée par cloisonnement à son prolongement antibrachial, nous émettions la pensée qu'il pouvait s'agir là d'un sarcome, peut-être d'un myélome de la gaine.

Opération. — Les constatations faites au cours de l'intervention nous laissèrent dans le doute. Nous avons trouvé, après incision parallèle à l'axe de la tumeur, une masse homogène, ferme, d'un gris rosé, avec des points gris jaunâtres, adhérente au feuillet pariétal de la gaine et se prolongeant même par une lobulation supérieure dans les interstices musculaires ; il s'était donc produit à ce niveau une effraction de la gaine. La masse, dense, était très adhérente aux tendons et à leur méso : cela ne rappelait en rien le tissu mou et gélatineux des fongosités qui se laissent cureter ; pour nettoyer les tendons des fléchisseurs, il nous a fallu nous livrer à une dissection très exacte à coups de ciseaux, et le dégagement du médian a nécessité une attentive excision.

L'étude histologique nous montra que nous avions affaire à une lésion tuberculeuse localisée, remarquable par sa tendance à créer un type hypertrophique et à simuler le néoplasme.

Etude histologique. — Dans ses points les plus typiques, la tumeur est formée par des amas cellulaires, de forme générale assez régulièrement arrondie, et séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif qui s'épaissit et se condense à la périphérie des nodules pour leur constituer une sorte de coque enveloppante.

Le nodule lui-même est formé de fibres conjonctives nombreuses s'entrecroisant dans tous les sens, délimitant des mailles très irrégulières dans lesquelles s'agglomèrent des cellules de trois aspects : 1° des cellules rondes à gros noyaux de type

lymphocytaire ; 2° des cellules plus volumineuses disséminées sans ordre, possédant un ou deux noyaux, et dont le protoplasme se colore bien par les réactifs ; 3° de véritables cellules géantes occupant tantôt le centre de la formation, tantôt situées plus ou moins à la périphérie de l'élément, leur protoplasme acidophile présente un contour irrégulier, avec souvent des prolongements qui vont se perdre dans le tissu voisin ; elles ont tous les caractères de cellules géantes tuberculeuses.

Les travées conjonctives qui séparent ces nodules tuberculeux en voie de transformation fibreuse forment de larges bandes de tissu conjonctif fortement épaissi et hypertrophié, très peu envahi par l'infiltration embryonnaire.

En d'autres points, les limites des nodules sont moins nettement marquées ; il semble que les granulations confluent et on se trouve en présence d'un tissu d'infiltration embryonnaire au milieu duquel on reconnaît çà et là quelques cellules géantes ; il existe en certains points quelques foyers de nécrose caséeuse, mais ces zones de dégénérescence sont peu étendues ; il n'existe en aucun point de véritable ulcération.

La lésion dominante consiste dans le processus de réaction conjonctive autour des foyers tuberculeux et dans les nodules tuberculeux eux-mêmes, processus qui aboutit, dans certaines préparations, à la formation de larges placards de tissu conjonctif, riche en fibres, pauvre en cellules, non infiltré par le processus tuberculeux.

Il y a des vaisseaux sanguins dans le tissu conjonctif de la néoformation : leurs parois sont toujours épaissies, atteintes d'eudo-perivascularite.

Récidive (1). — En consultant la thèse de Rossi parue en novembre 1909, nous voyons que la malade est revenue le 12 novembre dans le service du professeur Forgue. Elle présente au niveau de la cicatrice de la première opération un empâtement diffus qui remonte à 4 travers de doigts au-dessus du pli du poignet et qui se prolonge dans la région de la gaine palmaire interne.

(1) Note de l'auteur.

Au niveau de la cicatrice même on constate la présence d'une ulcération de forme irrégulièrement ovalaire dont le grand axe vertical mesure de 2 à 3 cm. Le fonds de cette ulcération est bourgeonnant, les bords en sont minces et à sa partie moyenne existe un petit orifice fistuleux par où s'écoule une très petite quantité de liquide seropurulent.

La malade se plaint en outre de douleurs extrêmement violentes qui vont en augmentant d'intensité, s'irradiant dans la main et dans l'avant-bras.

Malgré tous nos efforts, il nous a été impossible de compléter l'histoire de cette récidive.

Observation du Dr Mario Donati

Communication faite à l'Académie royale de Médecine de Turin à la séance du 15 juillet 1910.

Histoire clinique. — Un homme de 36 ans, célibataire, exerçant la profession de tourneur à Turin, se présente à la Clinique de chirurgie le 28 octobre 1909 pour une grave affection de la main droite qui l'empêche de se livrer au travail.

Il raconte n'avoir jamais eu de maladie de quelque importance. Pour la première fois en juin 1903 il s'aperçut par hasard d'une petite tuméfaction indolore qui s'était développée à la face palmaire de la main droite près de la base du petit doigt.

Cette tuméfaction augmenta lentement de volume et, l'année suivante, devint grosse comme une noix. Par suite de cette affection, le malade fut admis et opéré dans un hôpital en juin 1904. Il ne sait pas dire avec précision comment fut faite l'opération : il se souvient seulement d'être resté durant quatre mois à l'hôpital, d'avoir été aussi opéré dans la région du poignet et d'être sorti guéri.

Mais, quelques mois après, réapparait une tumeur qui s'accroît lentement, non pas circonscrite comme elle était d'abord apparue au patient, mais, diffusée à toute la paume de la main et au tiers inférieur de l'avant-bras. Cette tuméfaction atteignit

peu à peu un volume très considérable, donnant lieu à une véritable déformation et à un important degré d'impotence fonctionnelle.

Le malade raconte que ses parents moururent à un âge avancé, de maladies qu'il ne sait préciser, et qu'il a une sœur vivante et bien portante. Physiquement, c'est un homme d'aspect assez robuste, d'une taille élevée, avec un abondant pannicule adipeux et une vigoureuse musculature ; il ne présente aucune lésion organique : les poumons, le cœur, les viscères abdominaux sont en conditions physiologiques normales.

Très grave apparaît par contre la lésion du membre supérieur droit. On voit, en effet, que presque toute la paume de la main et environ le tiers inférieur de l'avant-bras, dans sa face antérieure, sont occupés par une tuméfaction à surface bosselée, de consistance non uniforme, indolore. La peau qui recouvre la tuméfaction ne présente pas d'altération de couleur ni de solution de continuité, mais offre à considérer les cicatrices plutôt irrégulières des précédentes opérations : une de ces cicatrices occupe la peau des deux premières phalanges du petit doigt et se dirige obliquement en haut et en dehors, finissant environ au niveau du pli moyen ; l'autre, plus courte, à direction presque transversale, occupe la région antérieure du poignet.

Le petit doigt se présente très déformé dans toute sa longueur : deux grosses tuméfactions de la grosseur d'une noix occupent la région palmaire des deux premières phalanges qu'elles maintiennent en demi-flexion et adduction, éloignant fortement le petit doigt de l'annulaire.

Les autres doigts sont en position permanente de demi-flexion, le pouce en demi-flexion et adduction. Seuls, sont possibles de petits mouvements actifs d'extension et de flexion.

La tuméfaction dépasse, toutefois, à peine la ligne de flexion du pouce et le pli de flexion métocarpo phalangien des autres doigts. C'est dans le creux de la main et dans la région thénar et hypothénar qu'elle occupe en grande partie, que la tuméfaction présente les saillies les plus volumineuses de son étendue. Légèrement étranglée au niveau du ligament antérieur du carpe

elle se continue sur l'avant-bras ; là, sa largeur augmente nettement au niveau de la région du poignet et présente deux masses bien distinctes de la grosseur d'une petite noix.

La consistance est dure, presque cartilagineuse en certains points, molle et élastique en d'autres dans lesquels elle donne presque l'impression de fluctuation. Des zones de consistance aussi variable et plus ou moins accentuée, se trouvent dans presque toutes ces nodosités qui constituent la tuméfaction.

Il existe un certain degré de rigidité des articulations des doigts, dues, peut-être, à l'inaction.

Par contre, normaux sont les mouvements de l'articulation radio-carpienne. Les mouvements communiqués sont limités à la flexion et impossibles à l'extension ; en essayant l'extension on voit la tumeur devenir plus saillante et augmenter de volume.

On ne rencontre de tuméfaction ganglionnaire, ni dans la région épitrochléenne ni dans le creux axillaire droit.

Diagnostic. — Voici donc une lésion à évolution lente et sans manifestation douloureuse, nettement localisée aux régions qu'occupent les tendons de la face antérieure de l'avant-bras et de la main, et présentant des caractères peu communs par suite de sa consistance et de ses dimensions considérables.

Processus inflammatoire chronique plus vraisemblablement tuberculeux, ou bien processus néoplasique ? Tel est le problème du diagnostic.

(Ici, l'auteur discute assez longuement les diverses affections des tendons. Retenons deux épreuves intéressantes qu'il fit : celle de la cutiréaction à la tuberculine qui fut positive, et celle de la réaction de Wassermann qui fut négative).

En somme, de mes recherches, et de mes considérations, je retins comme plus probable le diagnostic de processus inflammatoire chronique des gaines tendineuses, et pour être plus précis, avec vraisemblance de processus tuberculeux simulant un néoplasme. Partant de cette idée, je proposai et tentai l'intervention chirurgicale, dans le but d'enlever les tissus morbides et de faire une cure conservatrice dans la mesure du possible.

Première opération. — Je fis une première opération le 20 novembre 1909.

Dans cette séance, comme l'abblation totale des parties malades eût demandé beaucoup de temps, et que je gardais encore quelques doutes sur la nature précise de la tumeur, je me contentai d'opérer sous la région du poignet.

Anesthésie par morphine-chloroforme. Bande élastique d'Esmarch. Incision médiane sur la face antérieure de la région, le long de l'axe de l'artère. J'eus ainsi vite fait de découvrir deux grosses tumeurs arrondies qui, en haut remontaient à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire radio-carpien, en bas se continuaient avec la masse occupant la paume de la main, et s'enfonçaient profondément jusqu'à l'aponévrose du carré pronateur auquel elles adhéraient fortement. Ces néoformations entouraient et englobaient les tendons fléchisseurs superficiels et profonds, faisant intimement corps avec leurs gaines qui n'étaient plus reconnaissables, à tel point qu'en cherchant à isoler la masse je ne pus éviter de couper les deux tendons. L'opération devint une soigneuse et délicate dissection des éléments de la région, et le champ opératoire prit l'aspect d'une véritable préparation anatomique : non seulement les tendons, mais les nerfs médian et cubital, les artères cubitale et interosseuse furent isolés sur un long trajet.

L'extirpation achevée, je fis enlever la bande élastique et procédai à une hémostase attentive, puis à la suture des bouts centraux avec les bouts périphériques des deux tendons coupés. Je versai un peu de glycérine iodoformée sur la plaie et suturai la peau presque complètement, laissant à peine le passage à une mince mèche de gaze iodoformée. Pansement, la main en légère flexion.

La mèche fut enlevée 24 heures après. La plaie opératoire guérit par première intention.

La cicatrisation achevée, il m'a semblé que les mouvements de flexion et d'extension de la main et des doigts s'accomplissaient un peu mieux qu'avant et que la masse développée à la main prenait une consistance plus molle qu'au début.

Deuxième opération. — Le 23 décembre 1909, sous la morphine chloroforme, je procède à une seconde intervention.

Faisant à la paume de la main deux longues incisions (qui partaient du pli inférieur du poignet, à la distance de 2 cm. l'une de l'autre, et s'irradiaient à travers la portion palmaire moyenne en suivant approximativement les limites des régions thénar et hypothénar) je tombai sur le plan musculaire. Les muscles thénars et hypothénars sont intacts, ainsi que les interosseux ; par contre tous les tendons fléchisseurs sont noyés dans une masse noueuse, résistante, jaune rougeâtre, qui, s'insinuant entre eux, était arrivée à former une sorte de large plastron qui englobait tous les faisceaux des tendons. Le fléchisseur superficiel et le fléchisseur profond restaient voisins l'un de l'autre et accolés par ce manchon de nouvelle formation. Les tendons du petit doigt ne pouvaient plus être repérés au milieu de la masse qui, au niveau de l'ancienne cicatrice, adhérait à la peau.

Les tendons furent tous soigneusement isolés du tissu morbide, plutôt facilement d'ailleurs, et l'ensemble de la tumeur fut complètement enlevé. Je procédai avec un soin tout particulier à l'extirpation de son pôle supérieur qui s'engageait sous le ligament annulaire antérieur du carpe. Sur les deux tendons du milieu, superficiel et profond, je tentai une réfection plastique par allongement qui du reste a bien réussi. Suture des deux incisions cutanées avec des agrafes de Michel et pansement compressif. La bande d'Esmarch qui avait été appliquée au début de l'opération fut enlevée après l'application du bangage.

La plaie guérit par première intention : la fonction de la main s'améliora notablement, grâce aux exercices actifs et passifs qu'on fit le plus tôt possible.

J'ai revu le patient quatre mois après, et constaté un bon état local sans trace de récidive. L'opéré se servait de sa main à discrétion.

Examen macroscopique. — Le morceau extirpé de la région antérieure du poignet est constitué par une masse unique divisée en deux lobes, une radiale et une cubitale, de forme irrégulièrement ovoïde, chacune du volume d'un petit œuf de poule. La surface est lisse, à grosses bosselures, humide, luisante,

de couleur roux-jaunâtre foncé. Ça et là adhèrent quelques fibres musculaires pâles et de petits lacets d'aspect tendineux qui se perdent dans la tumeur en faisant corps avec elle. A l'extrémité supérieure la pièce se termine par un ovoïde régulier.

La consistance est charnue, non fluctuante, non uniforme : ça et là presque fibreuse, ailleurs plus molle, on dirait que dans la masse de la tumeur sont contenus des noyaux plus durs.

A la coupe, le tissu est plutôt mou, en certains points un peu plus résistant, ne criant cependant jamais sous le couteau, et laisse la lame couverte d'un suc jaune brun, visqueux. La surface de la coupe n'a pas une couleur homogène : en certains points elle présente la même coloration que la surface du fragment, c'est-à-dire rouge-jaune obscur, en d'autres la coloration est nettement jaune et va de la tonalité plus sombre d'un jaune havane à celle plus claire d'un jaune paille blanchâtre. Pour ce qui est de la distribution de ces changements de coloration, on voit des noyaux jaune-clair entourés d'une zone plus foncée qui peu à peu changent de couleur jusqu'au rouge-brun des parties périphériques. En même temps que la couleur varie, la consistance qui est franchement fibreuse dans les traînées blanchâtres, devient charnue dans les points roussâtres, molle, pultacée dans les zones jaunes.

Ni à la surface de la pièce, ni dans la profondeur nous ne remarquons de vaisseaux artériels ou veineux de quelque importance.

Les caractères de la pièce extraite de la face palmaire de la main sont tout à fait semblables : consistance presque pultacée dans les parties gris sombres, d'une fermeté remarquable dans les points blanchâtres ou blanc jaunâtres, fibreuse en d'autres points, ceux-ci constitués par des blocs de tissu plus ou moins compact, à surface externe lisse, luisante, de couleur grisâtre, avec une striation ou piqueté blanc ou jaunâtre.

Inoculation au cobaye. — Des fragments prélevés aseptiquement sur les pièces extirpées de l'avant-bras et de la main sont inoculés avec les précautions voulues dans le péritoine de six cobayes, qui tous survécurent et furent sacrifiés à des intervalles de 24 à 55 jours.

Chez trois de ces animaux nous n'avons pas rencontré de lésion tuberculeuse du péritoine ou des viscères. Le quatrième cobaye, sacrifié au bout de 35 jours, fut trouvé porteur de deux masses de tissu gris blanchâtre adhérentes au mésentère d'une anse de l'intestin grêle et qui probablement représentaient des résidus du fragment inoculé. A la racine du mésentère se trouvaient des ganglions de coloration blanc jaunâtre et d'un volume notablement supérieur à la normale. Rate avec des glomérules très apparents. Aucune autre lésion ni dans les séreuses ni dans les viscères.

Le cinquième cobaye, exécuté après 45 jours, présenta tous ses ganglions lymphatiques mésentériques augmentés de volume, blanc-jaunâtres. A la surface de la rate, qui était de volume normal, on observait un grand nombre de nodules jaunâtres, dont les plus volumineux étaient gros comme une tête d'épingle ; quelques nodules de même volume se voyaient à la surface du foie.

Enfin, chez le sixième cobaye, après 29 jours, on trouva des fragments du tissu inoculé encapsulés dans l'épiploon et formant deux tumeurs allongées du volume de deux pois gris ; les ganglions mésentériques et mésocoliques étaient augmentés de volume et d'une consistance au-dessus de la normale. Le péritoine, ainsi que les viscères abdominaux et thoraciques étaient normaux.

Examen histologique et recherche du bacille. — Nous avons choisi des coupes pratiquées aux points les plus divers des masses extirpées. La fixation a été faite dans l'alcool absolu, afin de pouvoir entreprendre la recherche bactérioscopique, au moyen des liquides de Zenker et de Flemming, de la solution de bichromate acétique, etc... La coloration a été essayée avec l'hématoxyline-éosine, la safranine, par la méthode de V. Gieson, par celle de Martinotti et celle de Cajal. La recherche du bacille tuberculeux, outre les préparations colorées selon Cajal, a été faite en colorant par le liquide de Ziehl pendant vingt-quatre heures à froid et en employant pour la décoloration soit la solution d'acide nitrique à 15 %, soit le chlorhydrate d'aniline à 2 %.

La masse fondamentale est constituée par des faisceaux conjonctifs fibreux plus ou moins richement infiltrés de cellules rondes et contenant des vaisseaux aux parois fortement épaissies, spécialement au niveau de l'adventice, et à la lumière relativement réduite si on la compare avec l'épaisseur des parois. A côté des zones ainsi formées, nous en voyons d'autres, éparses parmi les premières, formant des amas denses, occupées essentiellement par des cellules qui par leur forme et leurs rapports réciproques sont à rattacher au type épithélioïde. Situées dans une substance fondamentale homogène ou fibrillaire, c'est-à-dire dans les mailles irrégulières d'un fin réticule, elles forment des amas quelquefois considérables, et peuvent entourer une petite zone d'apparence nécrosée où se trouve une substance granuleuse avec des débris nucléaires. Autour d'elles, on trouve de petites cellules rondes, de sorte que cette formation rappelle le tubercule.

En certains points, nous voyons parmi les cellules épithélioïdes quelques éléments avec deux ou trois noyaux, et aussi des cellules géantes avec des noyaux disposés à la périphérie et de dimensions plutôt petites (30-40 μ). De plus, on rencontre de nombreuses cellules pigmentifères dont le protoplasme est chargé de grains d'un pigment jaunâtre d'origine sanguine. Dans ces mêmes points, se trouvent aussi des grains de pigment extra-cellulaires.

Notons dans certaines préparations la dégénérescence hyaline du stroma et la rareté des éléments cellulaires. Cette dégénérescence hyaline intéresse aussi les parois des vaisseaux sanguins, et l'on voit quelques cellules géantes dues évidemment à l'oblitération de vaisseaux hyalins thrombosés par de grosses cellules endothéliales confluentes.

Par endroits, on croit observer des transitions graduelles entre les cellules épithélioïdes et les cellules conjonctives fibreuses ; d'éléments à contours réguliers, arrondis ou polyédriques, à protoplasme abondant, on passe d'abord à des cellules polyédriques, mais à contours irréguliers, à protoplasme plus réduit, et qui envoient des prolongements dans diverses directions, enfin

à des cellules fuselées de type nettement fibroplastique. Signalons, pour finir des infiltrations parvicellulaires périvasculaires, et des amas de cellules plasmatiques, assez abondantes en certains points pour qu'on puisse parler d'un véritable plasmome.

Dans toutes ces variétés de cellules nous ne trouvons pas de kariokynèse.

Sur certaines coupes du fragment extirpé de la main on voit des fibres musculaires striées plus ou moins bien conservées et entourées en général de tissu fibreux pauvre en cellules.

Dans les préparations faites sur les *ganglions lymphatiques mésentériques du cobaye*, et qui macroscopiquement étaient augmentés de volume et de consistance, se trouvaient des zones circonscrites où le tissu lymphatique avait été remplacé par du tissu conjonctif fibreux à faisceaux dirigés en divers sens, au milieu desquels on pouvait remarquer des cellules épithélioïdes. Dans certaines de ces zones, la partie centrale était nécrosée et l'on y voyait des lymphocytes épars ou en amas ; on y observait aussi des cellules épithélioïdes avec un ou deux noyaux et un protoplasme en dégénérescence vacuolaire. Dans quelques-unes de ces cellules et dans les interstices cellulaires, j'ai mis en évidence des bacilles tuberculeux peu nombreux, avec leurs amas caractéristiques.

Les foyers décrits dans le foie et dans la rate chez un des cobayes, à part leur plus grand volume, et sur quelques coupes la présence au centre du nodule de cellules géantes aux noyaux en bordure, offraient les caractères que nous venons de décrire. De même, dans quelques-uns de ces nodules j'ai pu découvrir des bacilles tuberculeux, alors qu'il ne m'a pas été possible d'en trouver dans les préparations prélevées sur les fragments extirpés des parties malades.

Cas du Dr Ugo Camera

Observé à l'Institut de Pathologie Chirurgicale
dirigé par le Professeur D. Bajardi.

Histoire clinique. — Zorgnotti Giovanni, 23 ans, boucher, entre à la clinique le 20 novembre 1909.

Pas d'antécédents familiaux.

Il y a trois ans et demi, alors qu'il nettoyait le billot sur lequel on détaille les viandes de boucherie, il se blesse avec une écharde à la région antérieure de l'avant-bras, au niveau du poignet. La blessure guérit rapidement au bout de quelques jours. Quelque temps après, il commence à ressentir spécialement pendant la nuit des douleurs à forme névralgique qui, partant à peu près du siège de la lésion, s'irradiaient à la main et à l'avant-bras.

En examinant cette région, le malade s'aperçut de la présence, à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la face antérieure du poignet, à environ un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire radio-carpien, d'une tumeur, d'un volume un peu supérieur à celui d'un pois, indolore, de consistance élastique, mobile et sans adhérence avec la peau. Il n'y prêta pas grande attention ; et cependant, la tumeur allait en augmentant de volume, et, en deux ans, et demi, elle atteignit le volume d'une petite mandarine.

Les douleurs, toujours de même nature, s'étaient faites plus intenses. Il n'existait cependant aucun trouble fonctionnel. Il fut admis à l'hôpital de son pays où, après incision de la peau, on ne jugea pas bon d'extirper radicalement la tumeur, et on sutura rapidement la plaie.

La guérison se fit par seconde intention. Quand on enleva définitivement le pansement on constata que la tuméfaction n'était ni diminuée ni augmentée. L'acte opératoire avait, par contre, supprimé la douleur. Comme la tumeur avait tendance à augmenter, lentement sans doute, mais d'une façon assez nette cependant, le malade, environ dix mois après sa sortie de l'hôpital, fut admis à notre clinique pour une cure radicale.

C'est un jeune homme d'aspect florissant et robuste. Teint rose, peu de graisse, muscles bien développés. Aucune déformation du squelette. La clinique ne révèle rien de pathologique à l'examen des viscères internes.

A l'examen local on observe que la région antérieure du poignet droit est déformée par une tumeur de forme vaguement

ovoïde qui occupe tout le quart inférieur de la face antérieure de l'avant-bras, de consistance molle et pseudo fluctuante en certains points ; en d'autres, élastique, en d'autres enfin, presque fibreuse.

La peau sus-jacente est marquée d'une cicatrice longitudinale qui suit presque le grand axe de la tumeur : ailleurs, elle est normale et peut se plisser. La masse de la tumeur se présente comme très adhérente aux tendons de la région. Mobile avec les tendons, elle devient fixe quand on fait contracter les muscles fléchisseurs du carpe et de la main. Elle n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Elle ne présente aucune communication avec la région palmaire des gaines.

Les mouvements de l'articulation radio-carpienne s'exécutent librement et sans douleur. La palpation ne décèle pas de ganglions aux régions épitrochléenne et axillaire.

Diagnostic. — A quelle lésion avons-nous à faire ? Nous avons immédiatement écarté, à cause de la consistance même de la tumeur et de l'absence absolue du plus léger signe de fluctuation véritable, l'idée de toutes les affections qui s'accompagnent d'une collection liquide dans les gaines.

On ne pouvait traiter cela de tumeur maligne, par suite de l'évolution lente et chronique, de l'absence de toute tendance à gagner les tissus voisins et par conséquent à ulcérer la peau.

Nous n'avons pas non plus discuté la possibilité de l'existence d'un lipome ou d'un fibrome, à cause de la rareté de ces tumeurs dans les gaines des fléchisseurs de la main et aussi par le manque d'uniformité de consistance de la tumeur.

La ténosynovite fongueuse, à laquelle on aurait pu penser, à cause de la prédilection de la tuberculose pour les gaines, et de la consistance même de la tumeur, devait être rejetée par suite de l'absence des symptômes les plus communs et les plus caractéristiques de cette affection : c'est-à-dire la tendance à se propager rapidement à toute la gaine, la douleur et les troubles fonctionnels graves qu'elle provoque dès le début et enfin la facilité avec laquelle la peau participe au processus inflammatoire. Par contre, cette tumeur avait tous les caractères de

l'affection décrite par Heurtaux, sous le nom de myélome des gaines tendineuses, par son siège, par sa tendance à rester localisée au lieu d'origine, par l'absence de douleur et de troubles fonctionnels, par l'intégrité dans laquelle se maintenait la peau, par l'évolution lente, et par l'absence de retentissement sur l'état général.

Et c'est, appuyés sur cette quasi-certitude de nous trouver en présence d'une de ces sortes de tumeurs, que nous nous décidâmes à une intervention.

Opération. — Opération, 22 IX 1909. Anesthésie à la stovaïne. Application de la bande d'Emarch. On fait deux incisions longitudinales suivant le grand axe de la tumeur et on arrive sur une masse du volume d'une grosse noix, intimement adhérente au paquet tendineux de la région et qui commençait en bas au niveau de l'interligne articulaire radio-carpien, s'étendant à trois travers de doigt en hauteur.

Le tissu néoformé présentait une étendue si considérable dans ses rapports avec les tendons qu'il avait détruit leurs gaines et que ceux-ci, après l'ablation de la tumeur, se trouvèrent totalement dénudés. Le nerf médian n'était pas englobé dans la tumeur, mais simplement refoulé profondément. La plaie fut presque entièrement refermée et on ne laissa qu'une petite mèche qui fut enlevée le lendemain. Réunion par première intention. Le malade quitte l'hôpital le 2 X. 1909 complètement maître des mouvements de la main.

Examen microscopique. — La tumeur enlevée se présente avec le volume d'une grosse noix, irrégulièrement ovoïde, légèrement lobulée, de consistance charnue et de coloration gris-rosé. Ne crie pas sous le couteau, mais laisse adhérer à celui-ci un suc dense, de couleur roux. Nous n'avons pas noté de vascularisation importante, ni zone de ramollissement, ni dégénérescence caséeuse.

Examen histologique. — A l'examen histologique, la tumeur paraît constituée par des bandes de tissu conjonctif ayant en certains points une disposition ondulée et une grande richesse en éléments cellulaires ; tandis qu'à d'autres endroits la substance

fondamentale prédomine sur l'élément cellulaire au point de rappeler le tissu conjonctif adulte. Cette organisation fibreuse s'observe particulièrement et s'accentue autour d'une formation bien spéciale que l'on trouve disséminée ça et là sans ordre et qui offre l'aspect typique du follicule tuberculeux. On y remarque, en effet, quelques cellules géantes à noyau rangés à la périphérie en fer à cheval ; ces grands éléments sont entourés de nombreuses cellules lymphoïdes, au milieu desquelles on n'observe que de rares cellules épithélioïdes.

Par places, la tuberculose n'est représentée que par des amas de cellules lymphoïdes. Ces groupements s'aperçoivent assez bien à un faible grossissement, à cause de la bordure de tissu conjonctif pâle qui les circonscrit.

Les vaisseaux sont en très petit nombre, leur paroi est fortement épaissie.

Par suite de notre trop grande confiance dans le diagnostic que nous avions porté de myélome des gaines tendineuses, nous n'avons pas fait d'inoculation au cobaye, et nous n'avons pas procédé à la fixation de la pièce dans un liquide adapté à la recherche du bacille de Koch. Mais le cas est tellement typique que nous pouvons sans aucun doute ranger cette néo-formation dans la tuberculose à forme pseudonéoplasique.

Observation inédite

par le professeur Augier, les docteurs E. Faucon et A. Bruyère

Histoire clinique. — M^me^ S., 78 ans. Huit enfants dont quatre vivants et bien portants : des autres, un est mort vers trois ou quatre mois, un second vers huit ans de complications cardiaques, suites de rhumatisme, deux de méningite à six ans. Le mari est mort à 76 ans d'hémorrhagie cérébrale.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, elle a été opérée à 64 ans d'une tumeur ganglionnaire de la région latérale du cou, tumeur qui aurait poussé des racines (?) de divers côtés : opération assez

laborieuse sous chloroforme, aucune récidive depuis. Etat général excellent : douleurs rhumatismales de temps à autre.

L'affection actuelle remonte à un an environ, soit vers février 1911. Elle se serait manifestée dès le début par une augmentation de volume de la paume de la main gauche et du médius correspondant, et par une gêne dans les mouvements du doigt. Pas de douleurs bien marquées. Aucun traumatisme ne peut en expliquer l'origine.

Le 6 février 1912, on constate dans la paume de la main gauche, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, une tuméfaction semi-fluctuante, arrondie, lisse, sans changement de coloration à la peau, reposant sur une base épaissie, résistante. Pas de crépitation. Gonflement œdémateux du médius, avec augmentation de volume suffisante pour limiter considérablement les mouvements de flexion du doigt. En avant, vers le poignet, rien à signaler. Pas de ganglions, ni à l'épitrochlée, ni au creux axilaire.

On fait une ponction qui ne ramène que fort peu de liquide sanguinolent, et on injecte quelques gouttes du liquide de Calot : éther iodoformé, huile créosotée. Cette injection assez douloureuse donne lieu à une réaction vive : la peau rougit, puis s'ulcère, et 2 ou 3 jours après il se produit une perte de substance de la dimension d'une pièce de 1 franc environ dans laquelle vient faire saillie une sorte de bourgeon charnu rouge, adhérent au tendon du fléchisseur du médius avec lequel il se mobilise dans les mouvements de flexion et d'extension. Malgré des pansements humides quotidiens à la liqueur de Van Svieten, la plaie s'infecte et la suppuration gagne la phalange sans dépasser l'articulation de la première phalange avec la seconde. Il n'y a pas de propagation vers le haut de la main.

Diagnostic. — Une intervention est proposée, acceptée et le 28 février 1912, le professeur Faucon la pratique, au domicile de la malade. La récapitulation des symptômes permettait à ce moment de distinguer nettement deux sortes de lésions : la réaction inflammatoire, suite de la ponction, qui n'était qu'un épiphénomène, l'affection primitive de la gaine tendineuse. La nature

de cette dernière restait difficile à déterminer. Tout en réservant la possibilité d'une tuberculose, le diagnostic s'orientait plutôt vers un néoplasme : fibrome, sarcome, myélome ?

Opération. — Incision large de toute la phalange rejoignant l'ulcération de la paume de la main. On se rend compte de suite que la tumeur fait corps avec les tendons fléchisseurs : ceux-ci paraissent exfoliés sur une grande étendue. Vers le haut, la tumeur ne semble pas dépasser l'ulcération. On prolonge un peu l'incision de ce côté et on sectionne les tendons au niveau de l'arcade palmaire. Grattage des tissus à la curette. On procède ensuite à la désarticulation métacarpo-phalangienne. Le tout est drainé et suturé ; il ne reste que l'ulcération qui se cicatrisera par bourgeonnement.

Les suites opératoires semblaient normales quand au bout de 10 jours on vit apparaître à la partie toute supérieure de la plaie un bourgeon charnu qui semblait identique à la tumeur. Explorant avec une sonde, le docteur E. Faucon put pénétrer à 3 cm. de profondeur dans un trajet qui remontait vers le poignet, et en exprimant le trajet fit sourdre quelques gouttes de pus jaunâtre. Le dos de la main restait œdémateux.

Il mit donc un drain qu'il laissa 15 jours et fit des lavages quotidiens à l'eau phéniquée, suivis de pansements secs, en même temps qu'il cautérisait le bourgeon. Aussitôt, l'œdème diminua, puis disparut, la suppuration tarit complètement, et après l'enlèvement du drain la cicatrisation progressa sans incident.

Elle était parfaite après un mois et demi. A ce moment, la main ne présentait plus aucune tuméfaction et depuis elle a repris la liberté de tous ses mouvements. La malade n'accuse aucune douleur. L'état général est excellent. On peut affirmer la guérison.

Notons que la section opératoire du tendon, dans sa partie proximale, avait porté sur du tissu encore infiltré ; l'examen l'a nettement prouvé. Il est par suite probable que ce qui restait de la néoformation se sera éliminé par suppuration. On s'explique ainsi le bourgeon charnu et le trajet que nous avons signalés, de même que la lenteur de la cicatrisation. Nous devons nous féli-

citer de ces incidents qui ont suscité une thérapeutique efficace et préserveront ainsi, espérons-le, notre malade de toute récidive.

Examen macroscopique. — Le doigt amputé présente une tuméfaction assez prononcée au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. A ce niveau il y a un renflement qui paraît dû en majeure partie à un état infiltré et œdémateux des parties molles, comme le démontre l'incision opératoire prolongée.

Les tendons sont altérés.

Le fléchisseur superficiel, sur la languette cubitale, est déformé par des lobules adipeux qui ont contracté des adhérences intimes avec le tendon : en relevant cette languette on trouve à sa face postérieure un lobule aussi adhérent, plus volumineux et un peu induré. Pas de lésions du côté de la languette radiale. L'extrémité proximale du même tendon ne paraît altérée ni en surface, ni en profondeur.

Le tendeur du fléchisseur profond au contraire est dans son ensemble épaissi et élargi transversalement.

La section opératoire correspond à l'articulation métacarpo-phalangienne. En ce point le tendon est cylindroïde, au lieu d'être aplati. Son tissu fasciculé est remplacé en totalité par une masse irrégulièrement mamelonnée, gris blanchâtre, assez ferme, plus particulièrement développée à la face palmaire, où on ne distingue plus le tendon. Cette masse se continue avec une saillie, enlevée au moment de l'opération, qui avait le volume d'un noyau de cerise, de même consistance et de même coloration. C'est cette masse qui avait été prise pour un kyste et qui à la suite d'une ponction et d'une injection, avait fait issue à travers la peau amincie par le fait de la réaction inflammatoire.

Sur une longueur de 2 cm., à partir de cette néoformation, le tendon paraît sain, aplati, fasciculé, étalé. Puis, brusquement, on voit apparaître dans l'intervalle des faisceaux tendineux écartés, face palmaire, deux tubercules aplatis, lenticulaires, fermes, gris rosés. Soulevant alors le tendon, on remarque accolée à sa face profonde, une masse volumineuse, allongée en forme de haricot, d'une étendue de 3 cm., parfaitement délimitée, arrondie à son extrémité proximale, s'effilant à son extrémité distale.

Cette seconde masse soulève le tendon dont elle triple l'épaisseur, écarte les deux languettes du fléchisseur superficiel, et va

Fig. I

de l'articulation métacarpo-phalangienne à l'articulation de la phalange avec la phalangine. En la sectionnant transversalement, on constate qu'elle adhère profondément au tissu tendineux, le pénètre, le perfore et se continue avec les 2 tubercules déjà décrits de la face palmaire.

On ne trouve pas de fongosités, ni sur la gaine, ni sur les tendons.

Examen histologique. — Il a porté sur les masses pseudonéoplasiques et sur le tendon.

1° Masses pseudonéoplasiques. — Après durcissement dans l'alcool, et inclusion dans la colloïdine, des coupes ont été pratiquées sur les parties proximales et distales des masses accolées

au tendon, et sur leurs parties centrales. Les plus instructives, parmi ces coupes, sont celles obtenues sur la néoformation qui proéminait à la face palmaire de la main et dont le volume peut être comparé à une cerise.

Fig. II.

La majeure partie du champ microscopique est occupée par des cellules de tissu conjonctif à des degrés divers de développement. Les unes sont encore arrondies et contiennent un noyau clair, ovoïde ; le protoplasma est finement granuleux et fortement coloré par l'hématoxyline. D'autres cellules ont l'aspect fusiforme ou étoilé, avec prolongements multiples : ces éléments sont tantôt très rapprochés les uns des autres, tantôt au contraire séparés par une substance nettement fibrillaire, dessinant par places des faisceaux minces et ondulés à la surface ou dans l'épaisseur desquels les cellules sont disséminées.

Ce tissu conjonctif jeune est assez abondant en certains points : on le trouve surtout au centre des coupes. Ailleurs, il est mélangé à un grand nombre de mononucléaires et de polynucléaires. Les leucocytes abondent principalement au niveau des vaisseaux (capillaires, artérioles et veinules), autour et au voisinage desquels ils forment des amas et des manchons d'épaisseur variable.

La vascularisation est considérable : les capillaires sont dilatés, gorgés de sang, quelquefois très rapprochés les uns des autres.

Il y a en somme une grande activité circulatoire, ce qui explique l'absence de toute tendance à la nécrose et l'édification conjonctive à marche progressive.

Tels sont les seuls éléments que présente la majorité des coupes, rappelant la structure des bourgeons charnus, ou celle des sarcomes, amas à cellules polymorphes.

En examinant une série de coupes, on constate dans quelques-unes, au sein du tissu conjonctif embryonnaire ou en voie d'organisation, la présence d'édifices cellulaires de forme arrondie, nettement nodulaire. Ces édifices présentent au centre des cellules à noyau clair et à protoplasme faiblement coloré, entourées par une bordure plus ou moins épaisse de cellules plus petites, tassées les unes contre les autres, elles aussi faiblement colorées par l'hémotoxyline. Enfin, au niveau de certains nodules on trouve une cellule géante caractéristique. D'après le groupement et l'aspect des éléments, on peut donc affirmer qu'il s'agit là de véritables follicules tuberculeux à structure épithélioïde prédominante.

Ces follicules tuberculeux élémentaires sont peu nombreux sur les coupes qui en présentent : quelquefois un, exceptionnellement trois ou quatre. Leur rareté pourrait les faire méconnaître, si on n'examinait pas les coupes en série et dans leur plus grande étendue.

Si on multiplie les coupes, on trouve ça et là quelques cellules géantes isolées, indépendantes de tout édifice nodulaire ; elles sont parfois voisines de formations épithélioïdes diffuses, non nodulaires. Ces cellules géantes, faisant partie ou non des follicules, contiennent un grand nombre de noyaux, et leur protoplasme, finement granuleux, est irrégulier, découpé à la périphérie. Les noyaux sont le plus souvent groupés en couronne ou en croissant à un pôle de la cellule, mais chez certaines cellules, les noyaux sont irrégulièrement répartis dans l'intérieur du protoplasme, et le fait est d'autant plus intéressant que la cellule géante peut en même temps, comme nous l'avons dit, ne présenter aucune connexion avec la formation nodulaire.

Nous avons vainement cherché sur les coupes des traces de nécrose et de caséification : toutes les parties de ce tissu de nou-

velle formation sont en prolifération active, très vascularisées, et tendent à l'organisation conjonctive.

La surface des néoformations est occupée par des leucocytes mono et polynucléaires, à noyaux fortement colorés : ces leucocytes sont fortement tassés et forment presque partout une bordure assez épaisse. Pas de couche fibrinoïde, exsudative ou nécrosée, à la partie la plus superficielle des coupes : on ne trouve à ce niveau que quelques filaments de fibrine masqués par le tassement des cellules accumulées. Il est d'ailleurs à remarquer que les vaisseaux capillaires, qui traversent en grand nombre les coupes de part en part, arrivent jusqu'au voisinage de la surface et assurent ainsi la nutrition.

A la surface également, les follicules et les cellules géantes

Fig. III. — Coupe d'ensemble du tendon et de la tumeur adhérente. Les points laissés en blanc dans l'intérieur des faisceaux tendineux représentent la dissociation de ces faisceaux par des hémorrhagies capillaires.

sont rares : on les trouve habituellement dans la partie centrale des masses bourgeonnantes, c'est-à-dire dans la partie où le tissu est en voie d'organisation plus avancée.

2° Tendon. — A partir du point où le tissu de nouvelle formation adhère au tendon, on voit les faisceaux tendineux infiltrés dans toute leur étendue par des traînées de cellules. Ces traînées dessinent par leurs anastomoses un réseau à travées, ici très épaisses, là très minces. Les mailles de ce réseau sont de dimensions inégales. Par places les faisceaux tendineux eux-mêmes sont dissociés par l'envahissement des cellules migratrices et aussi par la prolifération des cellules propres de ces tendons, quelquefois par des hémorrhagies capillaires. Il y a en somme une ténosite intense. (Voir fig. III.)

Nulle part nous n'avons trouvé d'édifices nodulaires proprement dits, ni de cellules géantes. Dans quelques points seulement, les travées cellulaires qui séparent les faisceaux principaux des tendons sont épaissies et renflées. Enfin, au niveau de ces travées plus ou moins épaissies, nous avons remarqué un grand nombre de polynucléaires et de cellules conjonctives proliférées en voie de nécrose : leur noyau se colorait mal et le contour de leur protoplasme se fusionnait avec celui des éléments voisins en une masse granuleuse. A côté d'éléments en voie de nécrose et de dégénérescence granuleuse, il y en a d'autres qui ont conservé leurs propriétés électives normales vis-à-vis des matières colorantes.

Examen bactériologique. — Malgré de patientes recherches, faites avec le plus grand soin sur 85 coupes, cet examen a été négatif. Le docteur D. Augier a employé successivement le procédé de Ziehl Nelsen et celui d'Ehrlich ; de notre côté, nous avons eu recours à l'excellente méthode qu'indique le professeur Letulle dans ses études d'anatomie pathologique.

Inoculation au cobaye. — C'est encore une confirmation qui manque à notre cas de sa nature tuberculeuse. Notre malade fut opérée en clientèle ; comme dans le cas d'Ugo Camera, le diagnostic s'était orienté vers une tumeur des tendons. Ce n'est qu'après plusieurs jours de macération dans l'alcool que la pièce put être étudiée.

III. — ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

A l'ouverture de la gaine, absence de liquide et de grains riziformes, ce qui déjà induit en erreur et tend à faire éliminer la tuberculose.

Siège. — D'une façon constante, le siège est à la main, et plus particulièrement à la main droite (trois fois sur quatre), au niveau des fléchisseurs : fléchisseur profond du médius (cas personnel), partie antibrachiale de la gaine interne (Forgue et Massabuau, Ugo Camera), début à la portion digito palmaire de la gaine interne et extension secondaire aux portions antibrachiales des deux gaines interne et externe (Donati).

Forme. — Ovoïde et allongée dans le sens des tendons.

Volume. — Variable : noyau de cerise, amande, grosse noix, œuf de poule.

Nombre. — Une seule nodosité (F et M, U C) ; deux dans notre cas, nettement séparées par un segment de tendon sain ; dans le cas de Donati, trois masses principales reliées entre elles, au poignet et à la paume de la main, deux masses plus petites au niveau du petit doigt.

Surface. — Elle est lisse, présente des bosselures ; couleur gris rosé.

Consistance. — Nous trouvons de remarquables différences suivant les points examinés : ici, dure, presque cartilagineuse ; là, charnue, élastique ; ailleurs, molle, pseudofluctuante.

A la coupe. — Le tissu ne crie pas sous le couteau, laisse sur la lame un suc roux et visqueux. On n'aperçoit pas de vaisseaux importants, ni de zone de ramollissement.

La surface de la coupe n'a pas une couleur homogène : en certains points, la coloration est la même qu'à la surface de la tumeur ; en d'autres, elle est nettement jaune, avec des traînées blanchâtres, et va de la tonalité plus sombre d'un jaune-havane à celle plus claire d'un jaune-paille. En même temps que la couleur, varie la consistance : franchement fibreuse dans les traînées blanchâtres, elle devient charnue dans les points gris rosés, molle dans les zones jaunes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Procédant par ordre, nous étudierons successivement la périphérie, la substance fondamentale de la masse, sa vascularisation, les lésions tuberculeuses qu'elle présente, ses rapports avec les tendons.

1° Périphérie de la tumeur :

Il est regrettable que les auteurs des trois premières observations n'aient pas insisté davantage, dans leur

étude, sur cette partie de la tumeur, qui offre le plus grand intérêt pour la différenciation de la tuberculose pseudo-néoplasique d'avec le myélome et d'avec les autres variétés de tuberculose des synoviales tendineuses.

Tous font remarquer l'aspect lisse de la surface, l'absence complète de couche fibrinoïde et de végétations fongueuses, mais aucun d'eux n'en fait la description microscopique.

Dans notre observation, cette surface est occupée par des leucocytes mono et polynucléaires, à noyaux fortement colorés ; ces leucocytes sont tassés et forment presque partout une bordure assez épaisse. On trouve bien quelques fibrilles, mais elles sont masquées par l'accumulation des cellules. Il est à remarquer que les vaisseaux capillaires arrivent jusqu'au voisinage de la périphérie et assurent ainsi suffisamment la nutrition (Augier).

A ce niveau, les follicules et les cellules géantes sont rares.

2° Substance fondamentale de la masse :

L'aspect du champ microscopique varie suivant les points considérés. La majeure étendue en est occupée par des cellules conjonctives à des degrés divers de développement. Les unes, éléments jeunes, sont encore arrondies, et contiennent un noyau clair, ovoïde : leur protoplasme est légèrement granuleux et se colore fortement par l'hémotoxyline. D'autres, à un stade plus avancé, sont fusiformes ou étoilées. Entre ces deux extrêmes, on observe par endroits des transitions graduelles, éléments à contours réguliers ou polyédriques,

puis cellules polyédriques, mais à contours irréguliers et qui envoient des prolongements dans diverses directions, enfin cellules fuselées de type nettement fibroplastique (Donati).

Toutes ces cellules sont tantôt très rapprochées les unes des autres, tantôt au contraire séparées par une substance franchement fibrillaire dessinant des faisceaux minces ou ondulés à la surface et dans l'épaisseur desquels les cellules sont disséminées.

A côté de zones où domine l'infiltration embryonnaire, on trouve des travées ou de larges placards de tissu conjonctif riches en fibres, pauvres en cellules ; cette organisation fibreuse peut « s'observer principalement et s'accentuer autour des follicules pour leur constituer une sorte de coque enveloppante », d'après Forgue et Massabuau et Ugo Camera.

Dans leurs cas, ces auteurs ont de plus signalé quelques foyers de nécrose, mais peu étendus : Donati et Ugo Camera ont observé de la dégénérescence hyaline dans le tissu de soutien, surtout au voisinage des follicules. Rien de tout cela dans notre observation ; il est d'ailleurs à noter qu'il s'agit là de foyers minimes.

Aussi peut-on affirmer que ce tissu de néoformation est caractérisé par l'organisation conjonctive à marche progressive et par l'absence de tendance à la caséification.

Seul, Donati a trouvé des cellules pigmentifères, même en assez grand nombre, et des amas de pigment extracellulaires : ce pigment est constitué par des grains jaunâtres d'origine sanguine. Il a trouvé aussi des amas de cellules plasmatiques, assez abondantes

en certains points pour qu'on puisse croire à un véritable plasmome.

3° Vaisseaux :

Leur nombre varie : réduit dans les observations antérieures à la nôtre, il était assez considérable sur nos coupes où l'on voyait les capillaires dilatés, gorgés de sang, quelquefois très rapprochés les uns des autres.

Leurs parois sont notablement épaissies surtout au voisinage de l'adventice, et atteintes d'endopérivascularite : on voit en effet les leucocytes former à leur pourtour des amas et des manchons d'épaisseur variable : leur lumière est rétrécie, parfois thrombosée par de grosses cellules endothéliales confluentes (Donati).

Là encore, les auteurs italiens ont signalé la dégénérescence hyaline en certains points.

4° Lésions tuberculeuses proprement dites :

Si nous trouvons des édifices typiques qui nous permettent d'affirmer une tuberculose nettement folliculaire, il faut cependant noter que ces lésions sont discrètes, dans notre cas du moins : sur les coupes qui les présentent, on trouve quelquefois un follicule, exceptionnellement 3 et 4. Leur rareté pourrait même les faire méconnaître si on n'examinait pas les coupes en série et dans toute leur étendue.

Le follicule nous apparaît tantôt complet, avec ses trois éléments classiques, tantôt incomplet, par suite de l'absence d'un ou de deux de ces éléments ; il présente soit un aspect nodulaire nettement arrondi, soit mais rarement un aspect irrégulier, diffus.

Dans le premier cas, le nodule est formé en allant de la périphérie au centre : 1° de cellules rondes, petites, tassées les unes contre les autres, à gros noyaux du type lymphocytaire et constituant une bordure plus ou moins épaisse ; 2° de cellules plus volumineuses, possédant un ou deux noyaux clairs et dont le protoplasme se colore faiblement par l'hématoxyline ; 3° de véritables cellules géantes, une ou plusieurs, occupant tantôt le centre de la formation, tantôt situées plus ou moins à la périphérie ; leur protoplasme acidophile dessine un contour irrégulier et envoie souvent des prolongements qui vont se perdre dans le tissu voisin ; leurs noyaux ont la disposition en couronne ou en fer à cheval ; leur centre est finement granuleux.

Forgue et Massabuau auraient observé des fibres conjonctives nombreuses s'entre-croisant dans tous les sens et délimitant des mailles très inégales où s'agglomeraient les cellules : nous nous contentons de rapporter le fait.

Dans le second cas, ou bien il n'y a pas de cellule géante, et nous pouvons avoir affaire à des édifices nodulaires tantôt constitués par des cellules épithélioïdes et des cellules lymphoïdes, tantôt par un seulement de ces deux types de cellules, soit lymphoïde, soit épithélioïde ; quelquefois au centre de ces nodules incomplets se trouve une zone de substance nécrosée, finement granuleuse, avec des débris nucléaires. Ou bien, et pour cela il faut multiplier les coupes, on trouve çà et là quelques cellules géantes isolées, indépendantes de toute formation nodulaire ; et le fait est d'autant plus intéressant qu'on trouve en même temps

les noyaux, en grand nombre, et irrégulièrement répartis dans l'intérieur du protoplasma. (Augier).

Jusqu'ici, les limites des nodules étaient nettement marquées. Mais en certains points, il semble que les granulations confluent, et on se trouve en présence d'amas plus ou moins étendus constitués par un tissu d'infiltration embryonnaire au milieu duquel on reconnait quelques cellules géantes. (Forgue et Massabuau).

L'édification folliculaire avec ses trois éléments, l'aspect caractéristique des cellules géantes, la constance de ces caractères dans les quatre observations ne laissent pas de doute sur la nature tuberculeuse de notre néoformation. Nous nous réservons d'étudier plus spécialement, à propos de la pathogénie, la nature atténuée de cette forme de tuberculose.

5° Rapports avec le tendon :

Partout la tumeur adhérait intimement aux tendons, les englobant, les pénétrant même jusqu'à les perforer et se continuer avec des tubercules développés sur la face opposée (Augier). On ne s'étonnera donc pas que la dissection soit très laborieuse et demande les plus grands soins ; malgré cela, on risque encore d'entamer le tendon, et Donati décrit sur les masses qu'il a extirpées « l'adhérence de quelques fibres musculaires pâles et de petits lacets d'aspect tendineux qui se perdent dans la tumeur. »

Si la synovite nous frappe par le siège des lésions, leur développement considérable, nous ne devons pas oublier qu'il y a en même temps une ténosite intense. Encore une fois, on nous pardonnera de puiser dans notre cas personnel, car c'est le seul où on ait pu faire

l'examen histologique du tendon. Nous laissons la parole au professeur Augier.

« A partir du point où le tissu de nouvelle formation adhère au tendon, on voit les faisceaux tendineux infiltrés dans toute leur étendue par des traînées de cellules. Ces traînées dessinent par leurs anastomoses un réseau à travées, ici très épaisses, là très minces. Les mailles de ce réseau sont de dimensions inégales. Par places, les faisceaux tendineux eux-mêmes sont dissociés par l'envahissement des cellules migratrices, et aussi par la prolifération des cellules propres de ces tendons. Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang : de nombreuses hémorrhagies capillaires ne contribuent pas peu à la dissociation fasciculaire dont nous venons de parler. »

» Nulle part, nous n'avons trouvé d'édifice nodulaire proprement dit, ni de cellule géante. Dans quelques points seulement les travées cellulaires qui séparent les faisceaux principaux des tendons sont épaissies et renflées. Enfin, au niveau de ces travées plus ou moins épaissies, nous avons remarqué un grand nombre de polynucléaires et de cellules conjonctives proliférées en voie de nécrose : leur noyau se colorait mal et le contour de leur protoplasme se fusionnait avec celui des éléments voisins en une masse granuleuse. Toutefois, à côté d'éléments en voie de nécrose et de dégénérescence granuleuse, il y en a d'autres qui ont conservé leurs propriétés électives normales vis-à-vis des matières colorantes. »

Sans qu'on puisse nous taxer de présomption, nous sommes donc autorisés à mettre en relief les lésions

du tendon et à dire qu'il ne s'agit pas seulement d'une synovite, mais bien d'une ténosynovite, où les lésions de la synoviale laissent, il est vrai, au second plan celles du tendon.

BACTERIOLOGIE

La recherche du bacille sur les pièces extirpées a été faite, sans résultat d'ailleurs, dans deux de nos observations : par Donati, qui a employé successivement le procédé de Cajal et celui de Ziehl, en colorant pendant vingt-quatre heures à froid ; par nous-même, sur 85 coupes, en suivant les méthodes de Ziehl Nelsen, puis d'Ehrlich, enfin de Letulle. Toutefois, Donati a été plus heureux, en étudiant les ganglions mésentériques des cobayes qu'il avait inoculés : il a réussi à mettre en évidence des bacilles tuberculeux typiques dans quelques cellules épithélioïdes en voie de dégénérescence vacuolaire, et dans les interstices cellulaires.

Ugo Camera avoue ne s'y être pas pris à temps pour les recherches bactériologiques et expérimentales, par suite de la trop grande confiance qu'il avait dans son diagnostic de myélome des gaines.

Comment expliquer notre insuccès, si ce n'est par la discrétion des lésions bacillaires proprement dites ? Et du reste, à en croire Gougerot, qui ne connaît l'extrême difficulté et souvent l'impossibilité d'arriver à colorer un bacille dans une longue série des coupes de la lésion la plus tuberculeuse ? L'exemple classique

en est le lupus vulgaire où il faut faire jusqu'à 60 et 100 coupes avant de trouver un seul bacille.

Est-ce parce que les bacilles sont rares et nous échappent dans la lésion ? Est-ce parce que le bacille, digéré par les tissus, modifié par la phagocytose, n'est plus acido-résistant et colorable ? Est-ce enfin parce que le germe tuberculeux revêt d'autres formes que la figure de bacille bâtonnet acido et alcoolo résistant, colorable par la méthode de Ziehl (ex. la forme granuleuse de Much Behring) ?

L'impossibilité de colorer des bacilles dans une lésion ne veut pas dire que la lésion n'est pas due à l'action locale du germe tuberculeux. En un mot, on ne peut réclamer d'une lésion pour la dire bacillaire que le bacille y soit colorable dans tous les cas. Nombre de lésions où nous ne pouvons colorer le bacille sont démontrées contenir le germe tuberculeux par l'inoculation positive au cobaye.

EXPERIMENTATION

Prélevant des fragments sur les masses de l'avant-bras et de la face palmaire de la main, Donati fit l'inoculation dans le péritoine de six cobayes qui tous survécurent et furent sacrifiés à des intervalles de 25 à 55 jours.

Nous renvoyons à son observation pour la description. Retenons seulement les résultats qui valent vraiment la peine d'être annotés.

Quatre cobayes n'ont rien présenté d'intéressant ;

le cinquième avait tous ses ganglions mésentériques augmentés de volume, le foie et la rate parsemés de nodules jaunâtres gros tout au plus comme une tête d'épingle ; le sixième fut trouvé porteur de gros ganglions mésentériques et mésocoliques. Or, les lésions histologiques reproduisaient exactement le type observé sur la tumeur, et comme nous l'avons déjà dit, Donati y trouve des bacilles alors que les préparations de la tumeur elle-même avaient été infructueuses à ce point de vue.

Nous regrettons vivement que ce mode si précieux d'investigation n'ait pas été employé dans les trois autres observations. Maintenant que le tuberculome est plus connu, la conclusion à tirer est évidemment de faire l'inoculation aussitôt après l'opération.

Faisons remarquer cependant, toujours avec Gougerot, qu'il est des cas authentiques de tuberculose ne tuberculisant pas le cobaye. Notamment il est des cas où de deux fragments d'une même lésion l'un tuberculise le cobaye, l'autre pas (Darier, Gougerot) ; on a signalé des races de bacilles de Koch autrefois virulentes et tuberculisant le cobaye qui sont devenues avirulentes dans les tuberculoses successives (Bezançon, Auclair). Est-ce parce que les bacilles sont si atténués ou si rares que le cobaye les résorbe et guérit de sa tuberculose ? Est-ce parce que le cobaye, ordinairement très réceptif, possède parfois une résistance particulière analogue à celle du lapin qui, on le sait, n'est plus tuberculisé par des lésions scrofuleuses ou par des tuberculoses atténuées alors que le cobaye l'est encore ? Est-ce enfin parce que le bacille a disparu,

détruit par la phagocytose des tissus (lésion déshabitée de Gilbert) ou parce que la lésion a été créée par des bacilles morts ?

TUBERCULOSE DES GAINES ET SYNOVITE FONGUEUSE

Dans son remarquable travail sur la tuberculose primitive des gaines tendineuses, Garré, s'appuyant sur 42 cas observés à la Clinique de Tubingen, a mis en évidence ce fait qu'il existe une série de formes mixtes, intermédiaires entre l'hygroma à grains riziformes et la synovite fongueuse, et que de la même façon la synovite fongueuse peut aboutir à l'abcès froid.

De plus, nous savons qu'au contraire de la marche habituelle envahissante et ulcéreuse du fungus abandonné à lui-même, on assiste parfois, rarement il est vrai, à la guérison spontanée avec sclérose et réduction de la tuméfaction, rétraction cicatricielle des tendons.

Pour ces raisons, Donati et Ugo Camera se sont posés la question suivante : au début du tuberculome le tableau anatomo-pathologique était-il tel que nous l'avons observé à la période d'état, ou bien ne peut-on pas supposer que notre affection a commencé avec les caractères d'une synovite fongueuse, pour se scléroser ensuite ? En d'autres termes, le *tuberculome est-il bien un processus primitif*, indépendant, *ou devons-nous le considérer comme* une *forme secondaire*, processus de guérison d'un fungus banal ?

Si nous nous en tenons exclusivement à nos observations, la réponse ne peut être douteuse. Il est certain que dans aucun de nos quatre cas les examens macroscopique et histologique n'ont révélé de tissu ayant la moindre apparence fongueuse : partout, la tumeur est nettement fibroplastique, uniquement même, et l'inoculation au cobaye (Donati) n'a fait que reproduire exactement la même forme. Disons plus : l'étude clinique nous fournit de fortes présomptions d'exclure la possibilité de fongosités au début, en tenant compte de l'évolution particulière du tuberculome, et de l'absence complète des symptômes propres au fungus.

D'ailleurs ne s'agit-il pas là de la simple localisation aux gaines d'une forme bien connue en d'autres organes : la tuberculose hypertrophique simulant le néoplasme. Quelques types sont déjà classiques : telle la tuberculose massive du cœcum, ou les formes hyperplasiques de l'adénopathie tuberculeuse. D'autres ont été étudiés plus récemment : ce sont les formes hypertrophiques de la tuberculose de l'intestin grêle (Kocher. Konig, Salomoni), du testicule ou de l'ovaire (Tédenat), de l'estomac (Poncet et Leriche, Chalier et Nové Josserand, Leclercq et Villard, Cordero).

Plus près du cas qui nous occupe, rappelons la tuberculose tubéreuse de Kœnig, localisée soit aux bourses séreuses (Bert), soit aux synoviales articulaires (Coudray, Longuet, Potherat, Couteaud, Campenon).

Ajoutons enfin les néoplasies qui relèvent de la tuberculose purement inflammatoire (école de Lyon, Poncet), dans laquelle les édifices nodulaires font défaut.

Comme nous le verrons dans la Pathogénie, la tuberculose peut revêtir des types différents, suivant la virulence du bacille et surtout suivant la résistance de l'organisme. Selon les variations de ces deux éléments au cours d'une infection, on a constaté dans certains cas la transformation d'un type en un autre qui marque soit un stade de guérison, soit une forme plus agressive. Quoique possibles, ces transformations n'ont pas été prouvées pour le tuberculome, et jusqu'à plus ample informé nous concluons à sa nature primitive et à son individualisation anatomo-pathologique.

Il nous reste à parler de la *synovite hyperplasique fibreuse proliférante* décrite par Garré, à laquelle il a donné le nom de tubéreuse. A première vue, on serait tenté de ranger le tuberculome dans ce groupe. La synoviale y est en effet fortement épaissie, jusqu'à 2 et 3 cm. : tissu très dense, prédominance en certains points de l'organisation conjonctive, rareté des nodules tuberculeux, épaississement des parois vasculaires, présence de dépôts de pigment sanguin. De la face interne se détachent des saillies de volume variable, renflées en massue, tantôt sessiles, tantôt nettement pédiculées, qui végètent dans la cavité de la séreuse et la comblent en la distendant : ces franges sont richement vascularisées, comme un angiome, dit l'auteur, et présentent de nombreux foyers d'infiltration de cellules rondes ; leur surface est lisse.

Mais, à côté de ces points de contact (et encore réservons-nous la présence des franges), se trouvent des différences qui relèguent la synovite dite « tubé-

reuse » dans le cadre du fungus, ou du moins des formes mixtes. Il nous suffit pour le démontrer de donner un aperçu sommaire de trois observations de Garré :

Ziegler, Sophie, 23 ans : antécédents nettement scrofuleux ; à la face dorsale des 2 mains tumeur en forme de sablier, s'étendant du métacarpe au-dessus du poignet ; troisième tumeur au niveau de l'épiphyse du radius d'un côté ; à l'ouverture des gaines malades, on trouve un liquide séreux, louche, au milieu des fongosités. Guérison, pas de récidive après 2 ans.

Weser, Charles, 33 ans : poumons suspects ; femme morte de laryngite tuberculeuse ; tumeur en sablier du dos de la main, peau rougeâtre, fluctuation manifeste en certains points ; à l'ouverture, liquide louche et grains riziformes ; les fongosités ont de beaucoup dépassé les limites normales des sacs synodiaux et atteignent les fibres musculaires; on doit réséquer sur une étendue de 4 cm. le tendon du petit doigt qui est entièrement parsemé de granulations tuberculeuses. Guérison.

Weibert, Jeanne, 45 ans : tumeur de la tabatière anatomique ; une première opération est suivie de récidive au même endroit ; à une seconde opération, on doit réséquer le tendon du court extenseur du pouce, et curetter le tendon du médius qui a été secondairement envahi. A l'examen microscopique, on trouve de nombreux points qui commencent à se caséifier.

Antécédents suspects, bilatéralité des lésions, leur forme en sablier, leur diffusion, présence d'un liquide louche et de grains riziformes, récidive avec envahissement du voisinage, le siège même à la face dorsale : voilà tout autant de caractères propres à isoler la synovite de Garré du tuberculome des gaines, sans parler des franges que Donati n'hésite pas à considérer comme de simples fongosités, ne se distinguant que par leur forme et leur volume des fongosités villeuses, arborescentes, lamelliformes qu'on rencontre ordinairement.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE

ETIOLOGIE

L'âge ne semble pas exercer d'influence : nous voyons en effet les quatre sujets âgés respectivement de 23, 36, 40, 78 ans.

On peut en dire autant du sexe.

Aucun ne présente de tare héréditaire, ni d'antécédent personnel fâcheux, sauf peut-être notre malade qui, à l'âge de 64 ans, fut opérée d'une tumeur ganglionaire assez volumineuse de la région carotidienne, sans récidive d'ailleurs et sans atteinte de l'état général, et dont il nous a été impossible de préciser la nature ; il nous est seulement permis de penser à un lymphome tuberculeux.

Tout autrement important nous apparaît le rôle du traumatisme, qui n'agit pas seulement comme cause occasionnelle et révélatrice d'une tuberculose déjà latente, mais peut encore ouvrir directement la porte à l'infection.

Nous distinguerons : 1° les synovites primitives ; l'infection s'est propagée par voie sanguine, avec un point de départ connu (si le sujet a présenté auparavant d'autres lésions tuberculeuses), ou inconnu (si le sujet a toujours joui d'une santé florissante sans

aucun accident) ; 2° les synovites secondaires : soit que les lymphatiques aient amené les bacilles d'un foyer voisin cutané, osseux ou articulaire, soit que l'envahissement se soit fait de proche en proche par continuité. Vu l'exiguïté de notre cadre, nous nous excusons d'avance si au passage nous recueillons dans les « à côté » des faits propres à rendre notre exposé plus intéressant.

1° Synovites primitives :

C'est le cas de notre malade et de celui de Donati.

Le point de départ chez la première peut être attribué à la tumeur ganglionnaire dont nous avons parlé ; chez le second, il nous échappe. Mais nous savons combien les autopsies nous révèlent de tubercules cicatrisés, alors que de leur vivant les sujets n'ont jamais présenté le moindre signe suspect, et combien la contagion est facile dans les milieux industriels, où sur le grand nombre des ouvriers peuvent se trouver éventuellement des tuberculeux qui, par défaut de notions d'hygiène, ne prennent pas les précautions voulues pour préserver leur entourage.

La localisation est due : *a*) tantôt à des lésions antérieures locales, gonococcie, rhumatisme, aï douloureux, comme dans les 3 faits cités par Velpeau ; *b*) tantôt à un traumatisme (rôle révélateur, provocateur, aggravant), et surtout à des traumatismes répétés, comme dans le cas de Bonhomme (1) ; *c*) tantôt

(1) Jeune fille de 22 ans, voulant confectionner des épaulettes pour un enfant, elle se mit en devoir de découper à l'aide de ciseaux ordinaires des morceaux d'un très fort carton ; elle fut pour cela obligée de faire agir toute la force de sa main et de son medius passé dans la boucle des ciseaux. A la suite de ce travail, Mlle C... remarqua que sur la face palmaire de son doigt, à l'endroit où la boucle des ciseaux

enfin au surmenage fonctionnel des gaines tendineuses : pour le membre supérieur, couturières, pianistes, serruriers ; pour le membre inférieur, facteurs, gardiens de troupeaux.

Remarquons la prédilection de notre affection, pour la face palmaire du carpe ; il en est d'ailleurs de même des myélomes et des autres variétés de synovite tuberculeuse. La fréquence des localisations à la main droite et du côté de la flexion nous paraît s'expliquer suffisamment par la multiplicité des fonctions et par les froissements continuels que les gaines doivent subir dans les fléchisseurs, pour les divers usages de la main. D'après la statistique de Doumeng (Thèse de Lyon 1897), le médius, plus exposé, est pris une fois sur deux.

2° Synovites secondaires :

A) A *l'inoculation.* Dans le cas d'Ugo Camera, un jeune homme se blesse avec une écharde en nettoyant le billot sur lequel on détaille la viande des bœufs abattus, et il suffit de se rappeler la fréquence avec laquelle on retrouve la tuberculose dans cette classe d'animaux. La malade de Forgue et de Massabuau s'est blessée avec un couteau dans un milieu où il y avait des phtisiques avérés, ne prenant aucune précaution pour éviter de se rendre contagieux.

Tscherning cite un malade qui se piqua à la face palmaire du médius gauche avec un débris de crachoir et présenta une synovite fongueuse. Musham, à la

avait pressé fortement et d'une manière prolongée, il existait une « talure », c'est-à-dire une légère contusion douloureuse. La douleur disparut très vite, mais peu à peu au même endroit se développa insidieusement une tumeur qui, en deux ans, a acquis le volume d'une noisette. Il s'agissait d'un myélome.

Réunion libre des chirurgiens de Berlin (séance du 13 janvier 1908), a rapporté l'histoire de deux bouchers qui s'inoculèrent en dépeçant des bœufs tuberculeux, et de deux infirmiers qui se blessèrent au doigt en maniant un crachoir, enfin d'une religieuse, présumée tuberculeuse, qui se piqua le doigt avec l'aiguille d'une seringue venant de servir à un tuberculeux : tous ces cas furent suivis de synovite fongueuse.

Il est assez curieux de relever des exemples de tuberculose pour ainsi dire professionnelle, chez les trois bouchers de Musham et d'Ugo Camera : voilà qui constitue encore une preuve de l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine et qui cadre avec les communications de S. Arloing et F. Arloing (de Lyon), J.-F. Heymans, L. Panisset (de Lyon), H. Vallée (d'Alfort), au VII[e] Congrès International de la Tuberculose, Rome, 14-20 avril 1912.

B) A *la suite* de lésions des articulations interphalangiennes, ou d'un foyer d'ostéite (Poncet) ou d'un spina ventosa (Mauclaire). Nous ne citons ces faits que pour mémoire : cette propagation par continuité indique une infection déjà plus agressive et ne peut aboutir qu'au processus fongueux.

PATHOGENIE

Nous venons de voir que les mêmes causes occasionnelles ou déterminantes, les mêmes voies de pénétration, donnent lieu à des variétés différentes de synovite

tuberculeuse : le même bacille, par la même porte d'entrée, détermine, suivant les cas, ici des lésions fongueuses (Tscherning, Musham), là des lésions fibreuses circonscrites (Forgue, Ugo Camera).

Pour nous expliquer ces différences de la réaction inflammatoire, il nous reste à examiner deux facteurs pathogéniques auxquels l'ensemble des auteurs attachent la plus grande importance, savoir : le degré de virulence de l'agent phlogogène, le degré de résistance des tissus ou de l'organisme. Ce serait pure fantaisie que de vouloir faire la balance exacte de la part qui revient à chacun d'eux : l'état actuel de nos connaissance sur cette question ne nous permet pas des conclusions précises et fermes, et nous nous contenterons de résumer les données les plus récentes, en discutant à ce point de vue nos quatre observations.

1° Influence du terrain.

Il est évident que nos sujets ont les meilleurs antécédents familiaux et personnels : constitution robuste, forte musculature, examen négatif du squelette et des différents organes, dans notre cas âge avancé de la malade et son bon état général.

La clinique démontre que beaucoup de tuberculoses atypiques évoluent sur des individus résistants : les arthritiques, par exemple, font fréquemment des tuberculoses scléreuses, et Landouzy, Widal, y insistent dans leurs leçons. Lorsqu'on étudie les réactions organiques d'un malade en présence de telle ou telle infection, tel ou tel traumatisme, il est courant, a dit Poncet, de résumer ses déductions cliniques dans une épithète synthétique, « c'est un fibreux », « c'est un

plastique », dit-on. Tel tuberculeux guérira parce que c'est un fibreux, tel traumatisé réunira vite ses tissus broyés et contus parce que c'est un plastique. Tel autre ne résistera point parce que c'est un adipeux.

Vue par le petit côté des choses, tuberculose, pour bien des gens et des médecins, égale phtisie : on ne voit que les cavitaires, les granuliques, les phymiques mourant de pneumonie caséeuse ou de ramollissement vertébral étendu. Mais au-dessous de ce type, le plus grave de la tuberculose, s'échelonne la gamme descendante des virulences moindres. Et si l'on prend les termes inférieurs de la série, on voit que fréquemment les séquelles d'une tuberculose bénigne, ganglionnaire, synoviale ou osseuse, sont la menue monnaie de l'arthritisme. Par l'énergique défense d'un organisme résistant, sous l'heureux effort adjuvant d'une thérapeutique bien conduite, le tuberculeux a éteint une invasion microbienne peu sévère et atténué son infection. Celle-ci amoindrie ne peut plus prendre le redoutable pouvoir caséifiant. Les toxines vieillies se borneront le plus souvent à faire de la sclérose.

L'expérimentation vient confirmer le fait. Claude inocule les mêmes produits tuberculeux à deux séries d'animaux. Les cobayes de la première série, traités en même temps par la lécithine, font des tuberculoses torpides et lentes qui durent six, huit et neuf mois ; lorsqu'on les sacrifie, on découvre des tuberculoses scléreuses non folliculaires, notamment des cirrhoses du foie ; au contraire, les cobayes de la deuxième série, qui n'ont pas reçu de lécithine, meurent rapidement dans les délais habituels (deux mois) avec des lésions

caséeuses folliculaires. « J'ai pu, dit Gougerot (1), en associant des inoculations de bacilles et des injections répétées de très faibles doses de tuberculine, renforcer la résistance de l'animal : la survie prolongée en était la preuve ; à l'autopsie, les lésions étaient scléreuses, les cobayes témoins non traités par la tuberculine mouraient de lésions caséeuses diffuses. »

2° Influence du bacille.

Reprenant l'observation de Donati, nous remarquons que le caractère atténué de l'infection tuberculeuse avec hyperplasie conjonctive a été démontré jusqu'à l'évidence par la façon même dont cette infection s'est développée chez le cobaye. Ici, pas de granulie diffuse de la séreuse péritonéale, pas d'infection généralisée, mais localisation aux ganglions lymphatiques de la racine du mésentère : il est probable que l'infection s'est propagée le long des vaisseaux lymphatiques durant le processus de résorption des fragments inoculés qui avaient contracté des adhérences soit avec le mésentère, soit avec l'épiploon. Dans un seul cas, il y eut diffusion au foie et à la rate, peut-être par la voie sanguine ; néanmoins, la diffusion n'est pas allée jusqu'au poumon.

Les ganglions mésentériques qui sont connus pour présenter une remarquable résistance à la tuberculose (Bartel) n'ont pas été seulement la première mais l'unique étape de l'infection puisqu'ils ont pu l'arrêter. Ce n'est pas tout : l'évolution des lésions anatomiques chez le cobaye a reproduit exactement les caractères observés dans les tumeurs extirpées, et la même tendance à la transformation fibreuse.

(1) Gougerot. Bacillo-tuberculose non folliculaire.

Widal et Bezançon, inoculant dans le péritoine d'un cobaye le pus d'abcès froid d'un vieillard, ont obtenu en cent jours une cirrhose du foie : or ce bacille était retiré d'une tuberculose spéciale par sa forme d'abcès froid et spécialement par son développement chez le vieillard, c'était donc un bacille atténué, l'évolution lente des lésions semblait encore une preuve d'atténuation.

Koch a démontré expérimentalement que les bacilles tuberculeux morts (soit par vieillissement, soit par la chaleur) conservent une grande partie de leur action pathogène et peuvent encore déterminer la formation d'un tubercule typique, par contre non réinoculable, avec l'évolution habituelle, mais sans dégénérescence caséeuse.

A propos de la pathogénie des érythèmes infectieux et des tuberculides, Gougerot, dans ces dernières années, a établi l'importance, jusque-là méconnue, des microbes morts et des débris microbiens circulants, vecteurs de toxines, formant des embolies disséminées.

Le mémoire de Landouzy, Gougerot et Salin (1) n'est que la conclusion d'expériences poursuivies de 1905 à 1909 ; une récente publication de ces mêmes auteurs (Presse Médicale, 1er mai 1912) vient de confirmer leurs premières données. Relevons le passage suivant qui a trait à notre sujet : « Envahissant la jointure, les bacilles, s'ils sont rares, isolés, ne détermineront qu'une arthrite fluxionnaire séreuse et congestive ; si les bacilles sont assez peu virulents pour que

(1) Arthrites séreuses bacillaires expérimentales. — Contribution à l'étude pathogénique des arthropathies bacillaires. *Revue de Médecine*, nov. 1910. p. 859.

la phogocytose et l'action bactéricide des tissus les détruisent rapidement, l'arthrite sera passagère, curable ; si la défense de l'organisme ne parvient que lentement à les neutraliser, il en pourra résulter une arthrite fibreuse ankylosante. On conçoit donc que de telles lésions soient provoquées surtout, mais non exclusivement, pas des bacilles peu vivaces ou atténués, et même par des bacilles déjà morts lorsqu'ils arrivent à l'articulation. Si au contraire les bacilles sont assez nombreux, assez groupés et assez virulents, pour triompher et se multiplier, des lésions folliculaires apparaissent et forment bientôt les fongosités de la tumeur blanche. »

Citons enfin les 10 expériences de Canossa (Clinica Chirurgica, 30 septembre 1911) faites sur les articulations fémoro-tibiales du cobaye au moyen de bacilles de Koch broyés, desséchés et portés pendant un quart d'heure à 120°. Dans tous ces cas, il s'est produit une ankylose par épaississement fibreux des tissus périarticulaires. A l'autopsie, synoviale épaissie. Histologiquement, 6 cas offraient du tissu de granulation ayant en quelques points les caractères tuberculeux : les genoux où l'on n'a trouvé que du tissu fibreux sans caractères spécifiques avaient reçu de très petites doses de bacilles, ou bien l'inoculation était de date ancienne.

De tous ces faits, il découle : 1° que la tuberculose hypertrophique se rattache, au point de vue pathogénique, à une virulence atténuée de l'agent phlogogène ; 2° que d'une façon générale à la diminution de virulence du bacille correspondent en même temps et une raréfaction des lésions propres à la tuberculose avec acheminement progressif vers la tuberculose

non folliculaire, et une augmentation de la réaction fibreuse au détriment du processus caséeux ; 3° que le bacille mort ou vivant mais atténué dans sa virulence agit au sein des tissus le plus souvent par des toxines intra-protoplasmiques.

Nous renvoyons au remarquable travail de Gougerot, déjà cité, pour ce qui regarde la part à faire aux différents facteurs de la virulence des bacilles : quantité, atténuation, mode de dissémination. Un quatrième facteur, admis par certains auteurs (Auclair), serait l'existence d'une race spéciale de bacilles, particulièrement riches en chloroformine, qui seuls provoqueraient la sclérose. Mais c'est encore pure hypothèse que croire des bacilles aptes à sécréter plus d'un poison que d'un autre, par exemple plus de toxine sclérosante que de toxine caséifiante.

Concluons de cet exposé, bien imparfait tant la question est complexe, que la résistance de l'individu et la virulence atténuée du bacille ont une action convergente qui tend à l'organisation fibreuse, que suivant les cas elles interviennent à des degrés divers plus ou moins faciles à déterminer, enfin qu'elles peuvent se conditionner mutuellement par exemple sous l'effet d'une thérapeutique bien conduite (cobayes de Claude et de Gougerot).

SYMPTOMATOLOGIE ET EVOLUTION

Le *début* de cette affection est indolore et passe inaperçu aux yeux du patient. C'est seulement au bout d'un certain temps, par hasard pour ainsi dire,

que celui-ci remarque la présence d'une tuméfaction plus ou moins étendue à la région malade, sauf le cas où son attention est éveillée plus tôt par des douleurs à type névralgique dues dans l'observation d'Ugo Camera à la compression du nerf médian, signalées aussi chez la malade de Forgue et Massabuau. Ces auteurs n'en indiquent pas la nature, mais il est probable qu'il s'agissait également de douleurs causées par la compression d'un nerf voisin.

La tuméfaction observée tend à augmenter lentement de volume, sans contracter d'adhérences avec la peau, qui garde sa mobilité et son aspect normal. Elle reste circonscrite au point de la gaine où elle a commencé à se développer, et constitue une sorte de boudin, contrairement aux autres variétés de synovite tuberculeuse qui, dès le début, ont tendance à s'allonger sur tout le parcours de la gaine intéressée et à prendre la forme en sablier.

La *fonction* n'est que peu compromise, et de façon différente d'un cas à l'autre, suivant la gaine et le nombre des tendons intéressés.

Les mouvements actifs et passifs ne déterminent aucune *douleur*, non plus que la pression sur la tumeur.

La *tumeur* elle-même se présente comme très adhérente aux tendons. Mobile avec eux, elle devient fixe quand on fait contracter les muscles correspondants. Elle est rendue plus apparente par l'extension. On peut la mobiliser latéralement, non dans le sens vertical. Sa *surface* présente des lobulations irrégulières.

Loin d'être uniforme, sa *consistance* revêt des types variés : ici élastique, charnue, là ferme, presque carti-

lagineuse ; ailleurs molle, pseudofluctuante. Ce dernier caractère peut lui donner l'apparence d'une tumeur liquide, ce qui explique la ponction exploratrice faite dans notre cas. Pareille aventure est arrivée à Heurteaux, dans un cas de myélome, où la consistance est analogue, et Tillaux cite un médecin qui, dans les mêmes circonstances, fit deux incisions, croyant à un abcès.

L'*évolution* de la ténosynovite tuberculeuse pseudo-néoplasique a une allure essentiellement chronique.: sans fièvre, sans altération de l'état général. Sa marche est excessivement lente : par exemple, chez le malade de Donati, l'affection a duré cinq ans, trois ans et demi chez le malade d'Ugo Camera.

Absence complète de *ganglions* soit dans la région épitrochléenne, soit dans le creux axillaire ; l'infection et la réaction restent locales.

La *peau* pourrait-elle s'ulcérer à la longue ? Comme cette tumeur est susceptible d'un accroissement lent, sans doute, mais continu, il est probable qu'elle aurait le sort des autres tumeurs bénignes ayant atteint un volume considérable : un jour, la peau comprimée et distendue pourrait céder. Mais de toutes façons, cette ulcération doit être très tardive.

Le cadre clinique que nous venons d'esquisser s'applique de tous points aux deux observations Forgue et Ugo Camera, et à notre observation personnelle. Seul le *cas de Donati* semble s'en éloigner par l'envahissement de toute la gaine, ayant déterminé une déformation et une impotence fonctionnelle qui font défaut dans les trois autres cas.

Alors que dans l'ensemble nous observons une grande ressemblance, presque une identité absolue, cette dernière différence nous paraît dépendre exclusivement de conditions étrangères à l'affection elle-même.

Pour l'établir, distinguons chez ce malade deux périodes de la maladie, séparées l'une de l'autre par la première intervention (1904).

Dans la première période, qui dura un an, nous remarquons que l'affection s'est comportée d'une façon identique aux trois autres cas : c'est-à-dire qu'elle reste tout ce temps localisée à son point de départ, s'accroît lentement et n'entraîne avec elle ni trouble fonctionnel, ni grave déformation de la région. Puis le malade entre dans un hôpital et y subit une intervention. Dès lors, nous sommes à la seconde période de la maladie : quatre mois après la sortie de l'hôpital, l'affection se présente non plus circonscrite mais diffusée à toute la paume de la main et au tiers inférieur de l'avant-bras.

Une lésion aussi étendue et intéressant tant de tendons par le fait de sa diffusion, devait nécessairement provoquer des troubles sérieux. Suivant l'avis d'Ugo Camera, à qui nous empruntons l'exposé de cette discussion, l'extension secondaire de la lésion doit être imputée à la première opération, en ce sens : qu'elle a ouvert la porte à l'infection dans la gaine, qu'elle a, en d'autres termes, disséminé les germes le long de cette gaine, et que cet ensemencement post-opératoire a gagné la région du poignet, qui n'était pas malade avant l'intervention. Cela ressort du fait que le malade, avant de quitter l'hôpital, fut soumis à une seconde opération, celle-ci au poignet.

Cette dissémination aux autres gaines était d'ailleurs facilitée par les conditions anatomiques particulières de la gaine d'où elle avait dû partir (digito carpienne interne). On sait en effet que les gaines digito-carpiennes peuvent communiquer entre elles, une fois sur soixante, d'après Gosselin.

En nous plaçant à ce point de vue, nous n'avons pas de peine à conclure que l'aspect particulier de l'affection, chez le malade de Donati, lors de son admission à la clinique, était dû plutôt à une intervention opératoire insuffisante, qu'à une modalité de la maladie différente de celle que nous étudions.

DIAGNOSTIC

Récapitulons nos observations, nous voyons le diagnostic osciller entre une tuberculose anormalement densifiée et un néoplasme, sarcome ou myélome (Forgue et Massabuau), s'affirmer chez Donati sur un processus tuberculeux simulant un néoplasme, chez Ugo Camera sur un myélome, chez nous sur un kyste, et après une ponction exploratrice négative, sur une tumeur, fibrome, sarcome ou myélome, tout en réservant la possibilité d'une tuberculose.

Le diagnostic du tuberculome des gaines tendineuses est certainement difficile, à cause du manque d'un cadre précis et vraiment personnel. Nous allons essayer de le dégager aussi nettement que possible d'avec : 1° les autres variétés de synovite ; 2° les tumeurs des tendons et de leurs gaines ; 3° les affections du voisinage.

1° Autres variétés de synovite :

D'une façon générale, le tuberculome se distinguera assez aisément : par sa tendance à rester localisé à son point de départ dans la gaine ; par l'absence de douleurs, de troubles fonctionnels graves et de participation de la peau à l'affection ; par la permanence d'un état général florissant pendant toute la durée de l'affection. Ailleurs, au contraire, extension en bissac, troubles accentués, ulcération de la peau, altération de la santé.

Les *synovites banales* sont nettement fluctuantes, à paroi mince, peu résistante.

Les *synovites à grains riziformes* se caractérisent par le bruit de chaînon, la crépitation hordéiforme, sauf les cas plutôt rares à grains très abondants, très tassés, sans liquide, à sec pour ainsi dire, dans une paroi anormalement épaissie.

Les *synovites fongueuses* au début ont une certaine localisation, une certaine mobilité latéralement ; elles constituent alors une tumeur ferme, résistante. Déjà, on peut différencier la forme qui nous occupe par l'état général, par les progrès relativement plus lents, par l'aspect plus nettement lobulé de la surface et la consistance plus grande de la masse.

A la période d'état, le doute n'est plus possible. Quelque étendu que soit le tuberculome (Donati), alors même qu'il présenterait la dépression caractéristique au niveau du ligament annulaire du carpe, nous ne le voyons pas, comme le fungus envahir les parties voisines, perdre toute mobilité, contracter des adhérences avec la peau qui s'amincit peu à peu et en s'ul-

cérant laisse échapper un peu de liquide sero-purulent d'apparence bien tuberculeuse. Pas non plus de ces contractures des muscles dont les gaines tendineuses sont occupées par les fongosités, et où les doigts atteints s'infléchissent sans qu'on puisse par toutes les tentatives obtenir leur redressement.

Ajoutons que la consistance du tuberculome semble avec le temps plutôt augmenter, à l'inverse des fongosités qui deviennent manifestement plus molles.

2° Tumeurs des tendons ou de leurs gaines :

Le *lipome arborescent* des synoviales nous offre la même sensation de mollesse et de fausse fluctuation, la même absence de douleur, la même lenteur d'évolution. Mais il n'affecte généralement pas la gaine des fléchisseurs, se localisant surtout aux gaines des extenseurs, de sorte que les cas observés à la face palmaire des doigts peuvent être considérés comme exceptionnels. A noter qu'il peut donner lieu parfois à un bruit qui rappelle le bruit de chaînon.

Comme le lipome, le *kyste téno-synovial* siège à la face dorsale, au niveau du poignet, à égale distance des deux styloïdes radiale et cubitale. Il apparaît à la suite d'un trauma, d'un effort, sous l'aspect d'une tumeur arrondie, d'une résistance ferme, élastique, souvent dure, et c'est alors qu'on a pu le prendre pour une tumeur pleine. La tumeur croît à la flexion de la main, s'efface dans l'extension. C'est aux analogies de limitation et de consistance du kyste avec le tuberculome et le myélome qu'on doit attribuer les hésitations de Faucon (observation personnelle), d'Heurteaux. La ponction exploratrice est encore un élément de diagnostic.

Le *fibrome* de la paume de la main, et le *fibrochondrome* sont très rares : 7 ou 8 cas connus. Généralement de très petit volume, ils restent stationnaires, ce qui est un caractère différentiel. En outre ils sont uniformément durs, bien que dans un cas de fibrome mixte on ait observé de la fluctuation due à la présence d'un kyste qui s'était développé au centre de la tumeur.

Le *sarcome* au début peut en imposer pour une nodosité, mais sa marche est beaucoup plus rapide, il diffuse en envahissant les gaines (on a rencontré la forme en sablier) et les tissus voisins, et arrive vite à l'ulcération. Sa consistance est surtout molle. Il s'accompagne de douleurs et la récidive post-opératoire est presque constante. Pas d'adénopathie.

L'*épithéliome*, dans le cas de métastase, est adhérent de bonne heure. Douleurs spontanées, lancinantes ; cachexie précoce, ganglions indurés à la racine du membre. Quand il y a ulcération, l'aspect devient caractéristique.

Où l'on trouve les plus sérieuses difficultés, c'est dans le diagnostic avec le *myélome*. Il faut reconnaître qu'un grand nombre de caractères attribués à cette tumeur se retrouvent dans l'affection dont nous nous occupons : la surface lobulée ; la consistance variable, tantôt dure, tantôt molle, pseudofluctuante même ; l'évolution très lente ; l'intégrité de la peau, des fonctions, de l'organisme ; la limitation. Notons encore ce fait que le myélome est surtout observé à la main droite.

Mais il siège presque exclusivement aux doigts et chez trois de nos malades, c'est aux gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras qu'a porté la tuberculose.

Ajoutons qu'il se présente sous un volume plus petit, n'allant guère au delà de la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Il s'agit là de distinctions subtiles, et une erreur de diagnostic est possible et très justifiable.

Aussi, quand nous nous trouvons en présence d'une affection revêtant la forme sus-décrite, devons-nous recourir à tous les moyens d'investigation dont nous disposons pour dépister une tuberculose éventuelle (intradermo, cuti, ophtalmoréaction), comme l'a fait Donati, et encore leur valeur est-elle bien relative.

3° Les affections du voisinage :

Le *spino ventosa* forme une tuméfaction limitée à un segment du doigt, d'une dureté osseuse, non mobile, d'un aspect fusiforme ; rapidement la peau s'amincit, devient luisante et violacée, puis s'ulcère et livre passage au pus grumeleux. A noter qu'une ulcération tuberculeuse, occupant la face palmaire d'un doigt, est toujours symptomatique d'une lésion de la gaine.

Le *chondrome*, l'*ostéome* font corps avec l'os et sont remarquables par leur fixité, leur dureté et leur délimitation plus nette.

Les *tumeurs blanches articulaires* simulent parfois les synovites : toutefois, gonflement plus régulier, attitudes vicieuses plus marquées, douleurs spontanées ou à la pression en des points bien limités pour chaque jointure. Parfois la tumeur blanche a déterminé une synovite de voisinage, mais en pareil cas plusieurs gaines sont atteintes, et non pas une seule. Suivant le conseil d'Ollier, il faut porter le diagnostic de lésion articulaire, toutes les fois qu'on trouve en-

vahies simultanément toutes les gaines qui entourent l'article.

N'oublions pas le rôle de la *radiographie* dans le diagnostic des lésions inflammatoires, néoplasiques, des os ou des articulations.

Le *névrome* se manifeste par des douleurs vives, spontanées, localisées en un point fixe ou s'irradiant par tout le membre ; il est une cause d'engourdissements et de fourmillements ; la pression la plus légère est douloureuse. A part ces caractères distinctifs, la tumeur est souvent irrégulière, bosselée, de consistance fibreuse, quelquefois multiple.

PRONOSTIC

Vu l'atténuation de l'infection, le bon état général, la tendance manifeste à la localisation, le pronostic pour le tuberculome nous semble autrement favorable que pour les synovites fongueuses : on n'a pas à craindre, en effet, comme dans ces dernières, de graves diffusions aux tissus voisins, ni de généralisation du processus.

Pour ce qui regarde l'état fonctionnel de la partie intéressée, le pronostic est en rapport avec l'étendue et le nombre des gaines touchées : mais, comme nous l'avons vu, le cas est unique de lésions étendues, et encore s'agissait-il très probablement d'un ensemencement chirurgical.

Peut-il se produire des adhérences post-opératoires des tendons entre eux ou des tendons à la peau, dans

les interventions laborieuses où l'on doit dénuder et disséquer les tendons sur une certaine longueur? A cela nous ne saurions mieux répondre que par l'observation de Donati, qui dut même suturer deux tendons sectionnés au cours de l'intervention. La communication de Prengrueber (1) est plus typique encore : pour une énorme synovite à grains riziformes du dos de la main, il fut obligé de disséquer dans une hauteur de 15 à 20 centimètres, huit à dix des tendons extenseurs des doigts. Deux mois après, la peau était aussi mobile que normalement, et les tendons fonctionnaient comme s'ils n'avaient jamais été malades.

Une récidive est-elle à craindre? Cette récidive reproduira-t-elle la tumeur primitive ou prendra-t-elle la nature fongueuse? Nous aurions tenu beaucoup à être documenté sur la récidive du cas Forgue et Massabuau ; nos efforts ont été infructueux. Donati a revu son malade quatre mois après l'opération : l'état local restait excellent. Quant aux malades d'Ugo Camera et de Faucon, leurs observations sont encore trop récentes pour qu'on puisse se prononcer à ce sujet. Il y a cependant tout lieu de croire qu'ici encore le pronostic doit être bénin.

TRAITEMENT

Le traitement, d'après les chirurgiens qui se sont occupés de la question, ne peut être que chirurgical. Puisque nous faisons une revue d'ensemble, disons cependant quelques mots du traitement médical.

(1) *Société de Chirurgie*, 18 mars 1891.

1° Traitement médical.

Il faut tout d'abord dépister la syphilis par l'anamnèse et la réaction de Wassermann. Comme il existe des observations bien constatées de tumeurs synoviales ou tendineuses produites par le spirochète (cas Nicolas, Durand et Moutot), il serait bon d'instituer le traitement spécifique toutes les fois que les corps étrangers se seront développés chez des individus ayant des antécédents avérés ou suspects. Richet, après un traitement mixte de quarante et un jours, a fait disparaître un arthrophyte de la grosseur d'une amande verte ; Gailleton a observé un cas semblable. Poncet, en soignant un homme de trente-deux ans, porteur de deux corps mobiles du volume d'une petite noix, a vu disparaître les arthrophytes au bout de quarante-huit jours de traitement.

De prime abord, nous éliminons les bandages compressifs, les compresses d'alcool, les badigeonnages à la teinture d'iode, les emplâtres, les vésicatoires, les pointes de feu : notre affection se développant avec des caractères qui rappellent plus ceux d'une tumeur que ceux d'un processus inflammatoire, cette médication palliative ne trouve aucune indication.

Les injections modificatrices méritent un peu plus d'attention. Coudray (*Progrès Médical*, 1904), en employant le chlorure de zinc au 1/10, a obtenu deux fois la disparition totale, une fois la diminution notable de volumineux arthrophytes. Mais notre observation personnelle semble démontrer que ce sont là des moyens peu efficaces, et plus propres à provoquer l'irritation de la synoviale qu'à produire la guérison.

2° Traitement chirurgical.

C'est, jusqu'à présent, le seul traitement à conseiller.

1° L'*extirpation* de la néoformation doit être aussi complète que possible, pour ne pas encourir le risque de greffer l'infection le long des autres gaines qui, presque nécessairement, sont lésées dans le cours de l'opération ; c'est ce qui s'est produit chez le malade de Donati, lors de la première intervention. On s'expose alors à une récidive non plus limitée, mais diffuse, qui, naturellement, entraînerait avec elle par son étendue une déformation considérable et de graves troubles fonctionnels, rendant plus difficile une seconde intervention.

Conduite avec le maximum de précautions aseptiques, l'extirpation peut avoir plein succès, même dans les périodes avancées de l'affection, sans porter préjudice aux tendons des gaines malades. Les résultats fonctionnels seront d'autant plus satisfaisants que l'intervention aura été plus précoce et qu'on aura eu à dénuder un nombre moindre de tendons, sur une moins grande étendue. Toutefois, même dans les conditions pathologiques les plus défavorables (Donati), l'intégrité des tendons peut encore être sauvegardée.

Dans les tuberculomes circonscrits, cette opération est assez facile. Elle sera, par contre, longue et délicate dans les cas où il n'est pas possible d'enlever en bloc la néoformation à la façon d'une tumeur, mais où l'on devra la fragmenter. En semblable occurence, Donati trouve bon, avant de fermer la plaie, de verser sur les tissus de la glycérine iodoformée, comme on le fait généralement pour les synovites fongueuses.

2° Outre le curettage des tendons, la question se pose dans certains cas, de leur *résection* au niveau des segments envahis. C'est ce qu'a fait notre maître, le professeur Faucon, chez notre malade : macroscopiquement, le fléchisseur superficiel était déformé par une série de nodules très adhérents ; le fléchisseur profond, à côté des tumeurs qui le pénétraient et le perforaient, présentait, dans son ensemble, un épaississement et un élargissement transversal. L'examen histologique, on se le rappelle, a révélé une ténosite intense, mais sans édifices tuberculeux.

La conduite à tenir dépend évidemment de la gravité des lésions. La bénignité de l'affection plaide, d'une façon générale, en faveur de la cure conservatrice.

V. — AFFECTIONS VOISINES

I. — TUBERCULOME ET MYELOME

A propos de leur observation, Forgue et Massabuau se sont demandés si certaines tumeurs décrites comme myélomes des gaines ne devraient pas plutôt se rattacher à la tuberculose par suite de leurs nombreuses analogies avec le tuberculome.

Déjà, en 1897, le professeur P. Delbet disait dans son Traité de chirurgie clinique et opératoire (tome I, p. 626) : « On range cliniquement dans les sarcomes bien des cas de tumeurs tuberculeuses, c'est-à-dire engendrées par le bacille de Koch. La distinction n'est d'ailleurs pas facile ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique ». Et il citait à l'appui de cette affirmation une bien curieuse observation qui doit nous intéresser particulièrement, puisqu'il s'agit de tumeur à myéloplaxes.

Ayant observé chez un jeune garçon une tumeur de la partie inférieure du fémur, il en préleva un fragment dont l'examen histologique fut fait par Cornil. La désarticulation de la hanche fut pratiquée : l'enfant guérit, n'eut jamais de récidive. Cornil, ayant alors conçu quelques doutes sur la nature de cette tumeur,

reprit son étude, y trouva des bacilles de Koch et conclut à sa nature tuberculeuse.

Tout récemment encore, à la Société de Chirurgie, M. Delbet, (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1908, p. 823) affirmait à nouveau sa conviction que « certaines tumeurs à myéloplaxes ne sont que des formes de tuberculose et qu'il y a une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes ».

Cette fois, il s'agissait d'un cas curieux entre d'autres, observé par Delbet et Gougerot. Dans un tuberculome sous-cutané du doigt, ces deux auteurs ont observé côte à côte : en certains points, la structure des follicules tuberculeux ; en d'autres, la structure d'une tumeur à myéloplaxes. « On note, dit Gougerot, toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les grandes cellules, véritables myéloplaxes... Cette structure semble prouver que le bacille de Koch peut réaliser des lésions histologiques identiques à celles des tumeurs à myéloplaxes. »

Nous ne saurions donc terminer notre étude sans essayer d'exposer au moins l'état actuel de la question. Après avoir fait un parallèle entre le tuberculome et le myélome au triple point de vue clinique, macroscopique et histologique, nous dégagerons les points de contact et les différences qu'offrent entre elles ces deux affections.

1° Au point de vue clinique :

Nous avons déjà insisté sur la difficulté du diagnostic. Comme le tuberculome, le myélome a une évolution très lente, une surface lobulée, une consistance variable, tantôt dure, tantôt molle et pseudofluctuante ; on y

observe la même limitation, la même prédilection pour la main droite, la même intégrité de la peau, des fonctions tendineuses, de l'état général.

Il diffère seulement par son siège presque exclusif aux doigts, et son volume plus petit, n'allant guère au delà de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, mais ce sont là différences bien superficielles, et une erreur de diagnostic reste possible et toujours justifiable.

2° Au point de vue macroscopique :

Ici encore nombreuses analogies, et l'on comprend que le chirurgien hésite encore, même après que l'incision a découvert la tumeur : les mêmes hésitations se retrouveront chez l'anatomo-pathologiste qui examine la pièce à l'œil nu.

Le siège, le volume, la consistance viennent d'être discutés.

Les analogies persistent : de forme, allongée dans le sens des tendons, ovoïde ; de nombre, le plus souvent une tumeur, rarement deux et trois ; de surface, lisse, à grosses bosselures, à couleur gris rosé.

A la coupe, dans les deux cas, la coloration est principalement d'un jaune aux tonalités différentes suivant les points ; çà et là, de petites zones rosées ou roussâtres. Mais à l'inverse du tuberculome, on voit dans le myélome des cloisons de tissu fibreux qui s'avancent de la périphérie vers le centre, divisant plus ou moins complètement la tumeur en lobes distincts les uns des autres.

3° Au point de vue histologique :

Pour Malherbe, deux éléments caractérisent les

myélomes et les différencient en même temps des sarcomes à myéloplaxes : 1° l'existence d'un stroma de tissu conjonctif bien développé, renfermant des vaisseaux à paroi épaissie ; 2° la présence dans ce stroma de trois sortes de cellules : cellules conjonctives petites, rondes ou fuselées, à protoplasme peu abondant, soutenues par le tissu fibrillaire ; cellules myéloïdes (10 à 20 μ), plus grandes, polyédriques, protoplasma abondant et granuleux qui peut présenter des prolongements, un ou plusieurs noyaux vésiculeux ; enfin myéloplaxes, cellules géantes (30 à 100 μ), disséminées ou groupées, en nombre plus ou moins considérable, pourtour polygonal, noyaux multiples et répartis sans ordre dans l'intérieur de la cellule.

Afin de compléter la description, faisons encore remarquer : la membrane fibreuse qui enkyste complètement le néoplasme et les cloisons très denses (analogues aux tendons et aux aponévroses d'après Heurteaux) qui en partent, comme nous l'avons signalé plus haut ; les dépôts de pigment sanguin, intra ou extra-cellulaires, épars sur les coupes, mais abondants surtout au-dessous et jusqu'à l'intérieur de la coque d'enveloppe et de ses travées.

Procédant du simple au complexe, nous observerons que seul Donati a trouvé du pigment, que les travées et la lobulation intérieure font défaut dans nos quatre cas, ainsi qu'une encapsulation nette de la masse.

Nous n'insisterons pas sur les ressemblances qu'offrent l'organisation des vaisseaux, le tissu de soutien, les cellules conjonctives, même les cellules myéloïdes qu'on pourrait tout aussi bien appeler épithélioïdes.

Notre attention doit se concentrer sur les myéloplaxes qui sont la cause de tout le débat.

Valeur des myéloplaxes. — Tout d'abord, il est avéré (F. et M.) que quelques-uns des myélomes des gaines ne se sont pas développés primitivement aux dépens des synoviales des tendons, mais ont une *origine osseuse* ou tout au moins périostique. Cette origine osseuse, qui expliquerait bien la présence de cellules du type médullaire, est indiscutable (Venot) pour certains myélomes, probable pour quelques autres.

Ombrédanne a résumé récemment quatorze cas de myélomes : huit observations seulement indiquent les connexions de la tumeur constatées pendant l'opération ; sur ces huit observations, dans quatre cas « le point de départ osseux est expressément noté » (1 Heurteaux, 2 Bonjour, 1 Venot), à tel point que Heurteaux et Bonjour firent des amputations, et dans trois cas (Heurteaux) il existait un prolongement de la tumeur entre les tendons et la phalange.

« Il faut donc admettre (F. et M.) qu'il y a des tumeurs de ce genre sans aucune connexion osseuse, qui restent bien limitées à la gaine aux dépens de laquelle elles se sont développées. Il est difficile d'interpréter leur nature et leur genèse.

» En effet, si rien ne nous paraît plus naturel que l'existence de myélomes dans les os, on comprend mal le développement de tumeurs formées de cellules de la moelle osseuse dans le tissu conjonctif ou dans une séreuse. Il ne reste que deux hypothèses en présence :

1° Ou bien il faut admettre que la cellule conjonctive qui prolifère dans le sens néoplasique peut, par

une sorte de *kataplasie*, évoluer vers le type médullaire pour former un myélome, comme elle peut évoluer vers le type cartilagineux ou vers le type osseux pour faire un chondrome ou un ostéome ;

2° Ou bien les cellules géantes de ces tumeurs ne sont pas de vraies cellules médullaires, ne présentent qu'une analogie morphologique plus ou moins frappante avec les myéloplaxes et les médullocèles ; le nom de myélome ne convient pas alors aux tumeurs qui les renferment.

Pour ce qui est de la kataplasie, outre que l'existence de chondromes ou d'ostéomes developpés primitivement dans le tissu conjonctif par pure métaplasie de la cellule conjonctive, sans intervention d'un tissu ostéogénique, n'est pas encore solidement démontrée, on comprend mal cette prédilection des prétendus myélomes pour les séreuses péritendineuses, alors qu'on ne les rencontre pas au niveau des autres séreuses de l'économie.

La deuxième hypothèse mérite de retenir davantage notre attention. Malherbe, Bonjour, Longuet et Landel, Martini, Lenzi et Abetti, estiment que ces myéloplaxes seraient le produit de la fusion de plusieurs cellules myéloïdes, et que celles-ci dériveraient elles-mêmes des cellules plates du tissu conjonctif fondamental des gaines sur lesquelles s'implante la tumeur. Ils se basent sur l'évolution extrêmement lente, bénigne, circonscrite, du processus, et l'absence de métastases ; sur le petit nombre des éléments embryonnaires, l'abondance du tissu conjonctif, la sclérose des vaisseaux : tous éléments qui s'écartent du tableau

du sarcome, dans l'hypothèse où il s'agirait de tumeurs proprement dites à point de départ dans des cellules de type médullaire.

La morphologie de ces prétendus myéloplaxes plaiderait encore contre leur origine osseuse et par suite leur nature sarcomateuse. Poncet les appelle *faux myéloplaxes* vu leur volume parfois énorme (100 μ), le nombre considérable de leurs noyaux (15 à 20), et par opposition aux vrais myéloplaxes dont le volume ne dépasse jamais 40 μ et qui ne contiennent que 5 à 6 noyaux.

Nous voici amenés à la théorie la plus récente et la plus accréditée qu'il s'agit de simples cellules géantes de nature *inflammatoire* (Poncet, Dor, Bonhomme, Lenzi et Abetti).

Faux myéloplaxes et cellules géantes. — Lorsque nous faisons l'étude de cellules géantes appartenant à diverses lésions, il nous est souvent difficile de préciser exactement le type de chacune d'elles. Prises isolément, elles ont un grand nombre de caractères communs, comme pas mal de cellules qui composent nos différents tissus ; dans chacune nous trouvons : noyaux multiples, contours plus ou moins réguliers, corps finement granuleux, protoplasme trouble, opaque. Aussi la cellule géante tuberculeuse diffère-t-elle parfois bien peu d'une cellule géante syphilitique ou sporotrichosique.

C'est que la cellule géante est un élément de suractivité cellulaire : elle est un moyen de défense des tissus contre l'inflammation, dans le but d'une phagocytose plus active. Suivant les théories, elle arrive à ce résultat

soit par une simple hypertrophie de son protoplasme et une division plus ou moins intense de son noyau, soit par la fusion de plusieurs cellules mononucléaires, myéloïdes, épithélioïdes.

Reprenons notre parallèle : on ne saurait nous accuser de comparer ici deux choses d'ordre différent, puisque les deux termes semblent bien faire partie de la même famille des cellules géantes inflammatoires.

Disposition des noyaux. — Dans la cellule géante tuberculeuse, les noyaux sont disposés régulièrement à la périphérie, parfois en une rangée circulaire, le plus souvent en forme d'un croissant dont la partie la plus large occupe l'un des pôles de la cellule. Pour être la plus fréquente, cette disposition n'est pas absolue : sur notre pièce, le professeur Augier a trouvé des cellules géantes isolées de tout édifice folliculaire et dont les noyaux étaient répartis sur toute l'étendue de la cellule, et dans le cas Delbet Gougerot de tuberculome sous-cutané du doigt, Gougerot a noté toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les cellules géantes à apparence myéloplasique. Dans ces pseudomyéloplaxes, les noyaux sont toujours centraux.

Contours. — Nettement polygonaux dans le myéloplaxe, plutôt arrondis dans la cellule géante tuberculeuse.

Centre. — Ici opaque, granuleux ; là, occupé par les noyaux.

Réactions colorantes. — Le professeur P. Delbet, (communication orale) nous a parlé comme caractère distinctif de certaines électivités propres aux myélo-

plaxes : n'ayant pas à ce sujet de données plus précises, nous n'y faisons allusion que pour mémoire.

Distribution. — Le plus souvent on trouve la cellule géante au sein d'une formation folliculaire ; le myéloplaxe en est toujours indépendant.

Présence du bacille. — Assez fréquente au centre de la cellule tuberculeuse ; non encore constatée et à rechercher dans le myéloplaxe.

D'une façon générale, nous trouvons donc d'assez notables différences ; elles ne suffisent cependant pas à établir un fossé infranchissable. Il est permis de croire que les quelques points de rapprochement déjà constatés se multiplieront avec des recherches plus attentives et rendront possible l'identification de ces deux éléments dans un même processus par des formes de passage indéniables.

4° Aux points de vue bactériologique, expérimental.

Les recherches bactériologiques n'ont pas encore confirmé toutes ces intéressantes constatations et les nombreuses inoculations de tumeurs à myéloplaxes réalisées par le professeur Delbet sont restées négatives. L'absence de ces démonstrations autorise-t-elle à trancher le débat ? Non, car à supposer que les myélomes soient vraiment des tuberculomes, il ne peut s'agir que d'infections très atténuées, et l'on sait (ex : lupus) combien ces épreuves ont été longtemps infructueuses pour des lésions classées aujourd'hui de façon indiscutable dans la tuberculose, et comment elles peuvent faire défaut, alors que l'histologie est des plus probantes.

5° Résumé de la discussion. — La nature inflammatoire des néoplasies myéloïdes semble très probable : la clinique, l'anatomie pathologique tendent en effet à les isoler des tumeurs proprement dites, notamment des sarcomes à myéloplaxes auxquels on serait le plus tenté de les rattacher.

Quelle est cette inflammation ?

De nombreux arguments plaident pour la tuberculose. C'est en effet elle qui de toutes les inflammations se localise le plus au niveau des synoviales tendineuses, avec prédilection pour ainsi dire, et elle y réalise un certain nombre de types assez différents. Parmi ces types, le tuberculome offre de très grandes ressemblances avec le myélome ; bien plus, dans un cas (Delbet, Gougerot) le microscope a révélé toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les grandes cellules du myélome à apparence myéloplasique, et dans un autre cas (Delbet, Cornil), catalogué à un premier examen sarcome à myéloplaxes, Cornil reprenant son étude trouva des bacilles de Koch et conclut à la nature tuberculeuse de la lésion.

Avec Forgue et Massabuau, on peut donc penser que « la tuberculose est capable de réaliser les deux états, c'est-à-dire des tumeurs qui se présentant toujours avec les mêmes caractères cliniques et macroscopiques, renferment, dans un cas des lésions tuberculeuses folliculaires typiques comme dans nos observations, dans un autre des lésions plus diffuses, non folliculaires, à cellules géantes disséminées et moins caractéristiques, comme on le voit dans les myélomes. »

Il appartient à des observations ultérieures précises

de vérifier un rapprochement aussi séduisant. Et pour cela il est de toute nécessité de procéder aux recherches bactériologiques et expérimentales, chaque fois qu'on se trouvera en face d'une affection présentant les symptômes que nous avons décrits.

II. — Tuberculome et dactylite syphilitique a forme de tumeur des gaines

L'histoire de cette dactylite est assez bien connue grâce aux travaux nombreux de Chassaignac, Lisfranc, Taylor et dans ces dernières années, de Gaucher et d'un de ses élèves, Noir (Thèse de Paris 1906). Or, dans certains cas, il existe de grandes ressemblances entre les lésions déterminées par la syphilis au niveau des gaines tendineuses et le cadre clinique du myélome et de la tuberculose pseudonéoplasique. Nous ne saurions donner de ce fait une meilleure preuve que l'observation suivante due à Nicolas, Durand et Moutot.

Un jeune homme de 29 ans se présente à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille de Lyon, avec tuméfaction de la première phalange de l'index gauche et ulcération bourgeonnante de la face palmaire de cette même phalange.

Dans ses antécédents, adénite cervicale à 15 ans, et ulcération syphilitique du gland à 25 ans.

Le début a été marqué par quelques douleurs, une tuméfaction progressive de la phalange, puis se fit l'ulcération sans qu'il en sortît de pus.

A l'*examen d'entrée*, la tumeur, fusiforme, ne s'étend pas du

côté de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange est élargie, de couleur rosée, sans chaleur ni douleur ; à la face dorsale on voit la peau tendue, brillante, sans pus collecté ; à la face palmaire, on constate une ulcération arrondie régulièrement, d'environ 1 cm. de diamètre, profonde, à bords déchiquetés, mais non décollés ni taillés à pic, ulcération d'où émerge un gros bourgeon arrondi en champignon. Pas de bourbillon, ni de suppuration franche. Les ganglions épitrochléens et axillaires du côté correspondant sont engorgés, gros comme une noisette ; ganglions axillaires au côté droit.

Intervention. — On constate un épaississement de la gaine synoviale des fléchisseurs avec beaucoup de bourgeons translucides, sans fongosités ni pus. L'intérieur de la gaine est indemne, le tendon sain, nacré, le squelette de la phalange sain également.

Examen histologique par Paviot et Bériel. — Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et de formes variables : les uns sont petits, à protoplasme pauvre, comme les cellules inflammatoires ; d'autres, plus volumineux, donnent l'aspect de cellules épithélioïdes. En certains points, ces éléments sont groupés en amas, au sein desquels quelques cellules s'allongent ou confluent, arrivant à former des éléments multinucléés ; ils n'ont cependant pas les caractères de cellules géantes, il ne s'agit pas de tuberculose. Il y a par contre toute probabilité pour qu'on soit en présence de lésions parasitaires ou infectieuses dites : myélome des gaines.

Récidive. — La plaie ne se cicatrise pas, augmente d'étendue, avec décollement, et masse de bourgeons charnus mous et transparents du volume d'un œuf de pigeon, ce qui fait penser à une récidive sarcomateuse rapide.

L'un des chirurgiens, frappé des antécédents syphilitiques du malade et surtout des caractères histologiques de la tumeur, pensant que l'on était en présence de lésions syphilitiques, institua un traitement spécifique intensif et très rapidement la lésion s'améliora : on était bien en présence d'un accident dû au tréponème.

On le voit, l'étiologie et le traitement furent seuls à

éclaircir le diagnostic, les examens clinique et anatomo-pathologique ayant en somme conduit à une erreur. Et en effet il faut tenir le plus grand compte des antécédents, et en cas de doute recourir à la réaction de Wassermann, comme l'a fait Donati.

Au point de vue clinique, relevons toutefois certains faits intéressants dans cette observation : *a*, la présence d'une ulcération précoce ; elle fait défaut dans le tuberculome, celle qui s'est produite dans notre observation personnelle étant due manifestement à une infection secondaire ; *b*, la réaction inflammatoire des ganglions tributaires ; celle-ci n'est signalée dans aucune de nos quatre observations. L'adénite cervicale relevée dans les antécédents du patient aurait pu plaider pour la tuberculose, mais elle devait s'effacer devant les accidents primitifs et secondaires, qui lui étaient de beaucoup postérieurs.

VI. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I. — La tuberculose peut réaliser au niveau des synoviales tendineuses des lésions hypertrophiques, fibreuses, qui réalisent l'aspect d'une vraie tumeur solide des gaines : aussi peut-on caractériser cette forme du nom de tuberculose pseudonéoplasique, ou de tuberculome.

II. — Ce tuberculome des gaines n'est que la localisation particulière d'un processus qu'on retrouve dans d'autres organes : bourses séreuses, synoviales articulaires, viscères. Il est fonction, non pas de conditions anatomiques spéciales, mais d'une virulence très atténuée du bacille et d'une résistance considérable de l'organisme.

III. — Il semble être une lésion primitive, indépendante et de la synovite hyperplasique proliférante fibreuse ou tubéreuse de Garré, et de la synovite fongueuse commune. Toutefois, par analogie avec ce qu'on a constaté dans les autres formes de la tuberculose des synoviales, on peut réserver la possibilité de transformations antérieures qui lui donneraient alors la valeur d'un processus de guérison, comme aussi de transformations ultérieures qui aboutiraient au fungus.

IV. — La discrétion des lésions tuberculeuses, l'apparence néoplasique, nécessitent certaines précautions dans l'examen de toute tumeur bénigne des gaines. Il faut : 1° au moment du diagnostic, recourir à tous les moyens d'investigation qu'offre la clinique : cuti ou intra-dermo réaction ; recherche d'une inoculation possible et passée inaperçue ; 2° à l'examen histologique, pratiquer de nombreuses coupes et dans les différents points de la masse, faire aussitôt la recherche du bacille et l'inoculation au cobaye.

V. — Le myélome des gaines de Heurteaux et Malherbe offre avec le tuberculome de telles analogies qu'on peut se ranger à l'hypothèse de sa nature non seulement inflammatoire, mais tuberculeuse, et qu'il est logique d'orienter les recherches dans ce sens.

VI. — La dactylite syphilitique doit être soigneusement dépistée par les commémoratifs, et dans les cas douteux par la réaction de Wassermann ; essayer au besoin le traitement spécifique.

VII. — Jusqu'ici le traitement du tuberculome a été chirurgical : il faut tenter de préférence l'extirpation de la tumeur suivie du curettage des tendons.

VU :
Le Président de la Thèse,
MAURICE LETULLE.

VU :
Le Doyen,
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

FORGUE et MASSABUAU. — La forme hypertrophique pseudonéoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses. *Presse Médicale*, 23 octobre 1909, p. 745.

ROSSI. — De la forme hypertrophique pseudonéoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses. Thèse de Montpellier, novembre 1909.

DONATI. — La tuberculosi pseudoneoplasica delle guaine tendinee. *Giornale delle R. Academia di Medicina di Torino*, mai-juin-juillet 1910, p. 247.

UGO CAMERA. — Sulla tuberculosi pseudoneoplasica delle guaine tendinee. *Clinica Chirurgica*, 29 février 1912, p. 248.

BERT. — Fibrome tuberculeux de la bourse séreuse sous-rotulienne profonde. *Lyon Médical*, 1895, p. 174.

BIDARD. — De la synovite tendineuse chronique. Thèse de Paris, 1858.

CAMPENON. — Congrès français de chirurgie, 1905.

CHANDELUX. — Des synovites fongueuses, articulaires et tendineuses. Thèse d'agrégation, 1883.

CHASSAIGNAC. — Cancer des tendons et des gaines tendineuses. *Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1852.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.

COUDRAY. — Congrès français de chirurgie, 1892.

— Nouvelle contribution à l'étude de la synovite articulaire. *Progrès Médical*, 1904, p. 393.

COUTEAUD. — Polype tuberculeux de la synoviale du genou. Académie de Médecine, mai 1905.

DELBET. — Article Tuberculose. *Nouveau Traité de Chirurgie*, 1908.

GARRÉ. — Die primäre tuberculöse Sehneuscheidenentzundung. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1891, Bd VII, p. 53.

GOUGEROT. — Bacillo-tuberculose non folliculaire.

Jamin. — Synovite tuberculeuse des gaines tendineuses. *Progrès Médical*, 1882, p. 359.

Kœnig. — Die tuberculose der Knochen und der Gelenke, traduction Liebrecht.

Lancereaux. — Synovite tuberculeuse des tendons des doigts de la main. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1873.

Landouzy, Gougerot et Salin. — Démonstration et pathogénie des arthropathies bacillaires séreuses et congestives. *Presse Médicale*, 1er mai 1912.

Lisfranc. — Tumeurs syphilitiques des tendons. *Gazette des Hôpitaux*, 1842.

Nicolas, Durand et Moutot. — Dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines avec récidive d'apparence sarcomateuse. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1908.

Noir. — Dactylite syphilitique. Thèse de Paris, 1906.

Ombredanne. — Synovite tuberculeuse, p. 149. *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.*

Pollosson. — Formes anatomiques de la tuberculose ; évolution des fongosités. Paris, 1883.

Poncet et Leriche. — La tuberculose inflammatoire des bourses séreuses, des muscles et des aponévroses. *Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1912.

Potherat. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900.

Schuchart. — Tuberculose et syphilis des gaines tendineuses. *Arch. f. Path. Anat.*, 1894, Bd CXIV, p. 186.

Terrier et Verchère. — De la synovite tendineuse tuberculeuse. *Revue de Chirurgie*, 1882.

Thevenot. — La tuberculose articulaire, p. 279. Paris, 1910.

Trélat et Latteux. — Fongosités tendineuses du médius de la main droite. *Gazette des Hôpitaux*, 17 août 1882.

TUBERCULOME ET MYÉLOME

Bazy. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1907.

Bonhomme. — Thèse de Lyon, 1897.

Bonjour. — Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à myéloplaxes. Thèse de Paris, 1896-1897.

Delbet. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire, 1897, p. 626.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1908, p. 823.

Gougerot. — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1908, p. 1066.

Heurteaux. — Les myélomes des gaines tendineuses. *Archives générales de Médecine*, 1890.

Lenzi et Abetti. — Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes des gaines tendineuses. *Clinica Chirurgica*, 1909, p. 1617.

Malherbe. — Congrès français de Chirurgie, 1896, p. 807.

Müller. — Tumeurs des doigts. *Archiv. f. Klin. chir.*, 1901, Bd LXIII, p. 348.

Pilliet. — Tumeurs myéloïdes des gaines des fléchisseurs de la main. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1893, p. 653.

Poncet. — Article « Tumeurs des os », dans *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, 1897.

Ombrédanne. — Tumeurs des tendons, dans *Traité Le Dentu et Delbet.*

Thevenot. — Tuberculose articulaire. Voir Myélome.

Venot. — Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux. *Revue de Chirurgie*, 1908, p. 232.

IMP. H. MOREL, LILLE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE